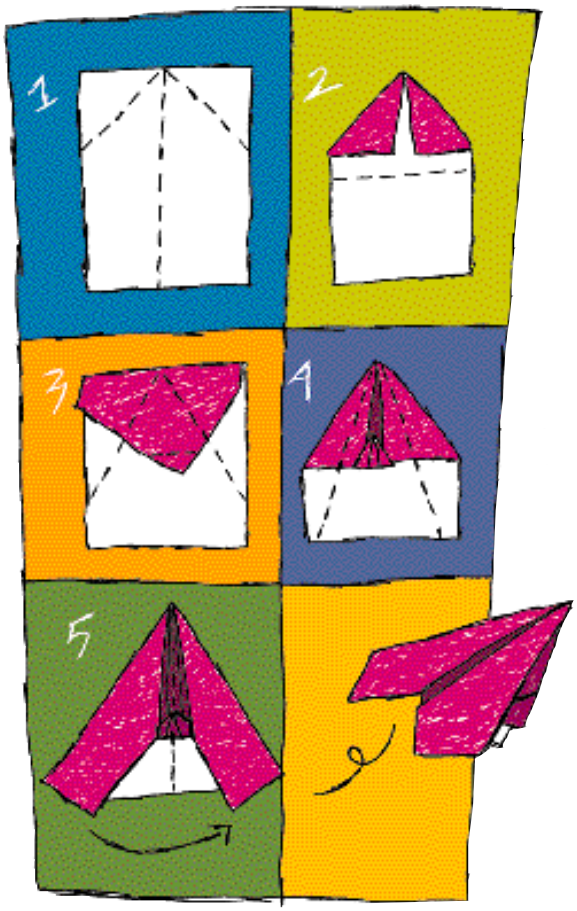
Actes du colloque

Fumeur : mode d'emploi



Conseil québécois sur le tabac et la santé

Société canadienne du cancer / Canadian Cancer Society

Avec l'appui de :

NOVARTIS

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Santé Canada / Health Canada

Crédits

Comitéorganisateur
André Beaulieu, André Beaulieu Communication, consultant pour Novartis
Mario Bujold, Conseil québécois sur le tabac et la santé
Christian Carrier, Le Groupe Pro Santé
Diane Lamontagne, Société canadienne du cancer, division du Québec
Suzanne Lemire, Société canadienne du cancer, division du Québec
Nicole Mireault, Société canadienne du cancer, division du Québec
Anne-Marie Panneton, Conseil québécois sur le tabac et la santé

Conférenciers
Marcel Boulanger, président,Conseil québécois sur le tabac et la santé
Daniel Boutin, directeur d'études, Baromètre
Mario Bujold,directeur général,Conseil québécois sur le tabac et la santé
Judith Choquette, pharmacienne
Myrèse Collin-Stewart, consultante en programme de cessation du tabagisme, Centre vivre mieux sans fumer
Donald Déry, agent de recherche et de planification socio-économique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Martine Gilbert, agente de planification et de programmation, Direction de la santé publique du Bas Saint-Laurent
Gaston Godin, professeur titulaire, Université Laval
Chantal Gosselin, conseillère en orientation, Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec (Hôpital Laval)
Michèle Tremblay, médecin-conseil, Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Normand Trempe, coordonnateur du service de planification en santé publique, Direction de la santé publique de l'Outaouais
Denis Villeneuve, pharmacien

Animateurs d'ateliers
Christian Carrier, associé, Le Groupe Pro Santé
Raymond Chevalier, pharmacien, Vigilance Santé
Micheline Frenette, professeure de communication,Université de Montréal
Carole Levasseur, infirmière, Respiraction
Michel Vézina, psychologue, Michel Vézina et Associés
Denis Villeneuve, pharmacien

Animatricedu colloque
Sylvie l'hôtesse de l'air (Dominique Meunier, ImproCible communication théâtrale)

Invité spécial
Pierre Légaré,humoriste

Productiondes actes du colloque
Direction et révision des contenus : Mario Bujold, André Beaulieu,Christian Carrier, Diane Lamontagne, Suzanne Lemire, Nicole Mireault
Rédaction des textes, recherche et mise à jour de l'information : Anne-Marie Panneton
Graphisme et mise en page : Manon André

Remerciements
Nous aimerions remercier madame Lucie William pour sa contribution à l'élaboration du colloque et madame Diane McClure pour la réalisation du verbatim de l'événement.

Dépot légal – juin 2000
Bibliothèque nationale
Tous droits réservés
ISBN-2-9806459-1-5

Avant-propos

Depuis quelques années, on assiste au Québec à l'émergence d'une panoplie d'outils d'aide à la cessation du tabagisme. On le sait, chaque fumeur est différent et chacun doit franchir diverses étapes qui varient selon son cheminement lorsqu'il décide de cesser de fumer. Alors, comment déterminer la stratégie qui convient le mieux à chaque fumeur? Peut-on aider un fumeur qui n'a pas décidé de cesser de fumer? Ou encore, que faire avec un ex-fumeur qui rencontre des difficultés? En somme, quel est le « mode d'emploi » adapté à chaque fumeur?

Le 21 septembre 1999, le colloque *Fumeur : mode d'emploi* se proposait de répondre à ces questions. Réunissant plus de 200 professionnels de la santé pour échanger sur le thème de la cessation du tabagisme, cet événement offrait de :

- comprendre le modèle comportemental des Stades du changement et favoriser son intégration à la pratique;
- faire le point sur des nouvelles approches et des initiatives novatrices en cessation du tabagisme;
- participer à l'évaluation des priorités québécoises pour guider le travail des intervenants en santé et pour orienter les interventions futures d'une stratégie commune en cessation du tabagisme.

Le présent document, réalisé grâce au soutien financier de Novartis Santé Familiale Canada Inc., rend compte des propos tenus au colloque, tant lors des conférences que des ateliers. Le style « parlé » a été adopté pour le compte-rendu des présentations afin de refléter le dynamisme de l'événement et de faciliter la lecture. Les données y sont rapportées telles qu'elles ont été présentées, mais nous avons ajouté un complément d'information lorsqu'une mise à jour s'imposait.

Nous vous proposons donc un document en deux parties : l'une composée du résumé de chacune des conférences et l'autre, d'un compte-rendu des échanges réalisés dans chacun des cinq ateliers. L'ensemble est précédé du Mot de bienvenue de Marcel Boulanger, président du Conseil québécois sur le tabac et la santé, et se termine avec la conclusion que nous tirons de l'événement.

Le document est disponible en format PDF (nécessitant le logiciel Acrobat Reader) sur le site Internet du CQTS au **www.cqts.qc.ca/activites.** Il peut être commandé gratuitement par télécopieur au **(514) 948-4582,** par courriel à **colloque@cqts.qc.ca** ou par la poste au **Conseil québécois sur le tabac et la santé, 5310, rue Saint-Denis, Montréal (Québec), H2J 2M3.**

Bonne lecture!

Table des matières

Mot de bienvenue
par Marcel Boulanger 7

Les conférences

Sondage : craintes et perceptions des fumeurs face à l'abandon de la cigarette
par Daniel Boutin 9

Les Stades du changement : de la théorie à la pratique
par Gaston Godin 13

L'Internet à la rescousse des fumeurs
par Denis Villeneuve 21

Le médecin, un *motivateur* clé pour aider les fumeurs à cesser de fumer
par Michèle Tremblay 25

Le rôle du pharmacien dans le processus d'arrêt du tabagisme : portrait d'une intervention
par Judith Choquette 29

L'intervention en entreprise : quelles sont les conditions gagnantes de l'implantation d'une politique d'espaces sans fumée?
par Myrèse Collin-Stewart 33

Pour accroître l'accessibilité aux services de cessation du tabagisme
par Donald Déry 37

Intervention auprès de patients fumeurs hospitalisés : mesures et stratégies développées
par Martine Gilbert 45

***Le 1er mars, j'arrête!* Expérience d'un concours pour aider les fumeurs à passer à l'action**
par Normand Trempe 49

***J'arrête? C'est possible...* Bilan d'une campagne pour motiver ceux qui n'ont pas l'intention de cesser de fumer**
par Mario Bujold 51

Quand les travailleurs de la construction s'en mêlent...
par Chantal Gosselin 53

Accessibilité des services d'abandon du tabagisme : consultation réalisée en atelier **55**

COMPTE RENDU DES ÉCHANGES

Atelier 1 : services d'information et de référence pour les fumeurs **57**

Atelier 2 : dépistage systématique et *counselling* minimal par les professionnels de la santé **58**

Atelier 3 : le *counselling* intensif **61**

Atelier 4 : mesures reliées au produit et à l'environnement et approches de masse **63**

Atelier 5 : aides pharmacologiques **65**

CONCLUSION **67**

Mot de bienvenue

Marcel Boulanger
Président, Conseil québécois sur le tabac et la santé

Marcel Boulanger, *MD, FRCP(c), est diplômé de l'Université Laval où il a obtenu un baccalauréat es Arts, un autre en philosophie, puis un doctorat en médecine. Il s'est spécialisé en anesthésie-réanimation à Montréal et à Boston, a travaillé 28 ans dans sa spécialité dont 7 à l'hôpital Notre-Dame et 14 à l'Institut de cardiologie de Montréal comme clinicien, enseignant, directeur universitaire, conférencier, etc. Il a été professeur titulaire en anesthésie-réanimation à l'Université de Montréal, professeur associé au département d'anesthésie de l'Université McGill, et a été directeur des Services professionnels de l'Institut de cardiologie pendant huit années. Actuellement, Dr Boulanger est membre du Service de médecine préventive et de réadaptation cardiaque au même institut où il dirige une clinique de consultation et de traitement du tabagisme. Il est, depuis trois ans, président du Conseil québécois sur le tabac et la santé.*

Vous ne pouvez pas savoir à quel point je suis heureux de vous voir si nombreux. Dans les années 1980, quand j'ai commencé à intervenir sur la question du tabac, on n'aurait certainement pas pu remplir une salle avec le thème d'aujourd'hui.

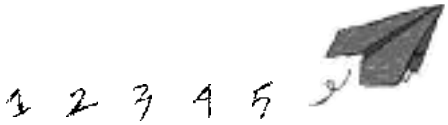
À l'époque, nous étions fort peu nombreux dans cette galère et on nous voyait au mieux comme d'amusants Don Quichotte ou alors comme de dangereux fanatiques. Imaginez le chemin parcouru entre ce temps, pas si lointain, où les médecins considéraient que fumer était un style de vie et que le tabagisme de leurs patients n'était nullement de leurs affaires, et aujourd'hui, où le Collège des médecins fait parvenir à ses membres un guide d'exercices sur la façon de conseiller le patient fumeur. Que de distance sur le plan politique entre un premier ministre « cheminée » comme l'était René Lévesque et une Assemblée nationale qui, à l'unanimité, vote une loi sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics. Et enfin que de chemin parcouru entre cette industrie princière, élégante, tentaculaire, toute puissante, devenue maintenant un secteur industriel sur la défensive, reconnu pour sa malhonnêteté intellectuelle, son machiavélisme de marketing et ses magouillages politico-financiers.

On peut se réjouir à bon droit de ce chemin parcouru; on semble avoir enfin compris l'adjuration de Ahron Leichtman[1], un avocat américain, pilier de la lutte contre le tabac aux États-Unis, lorsqu'il écrit : « Si on veut empêcher les enfants de cette génération de devenir les nicotinomanes de demain, il nous faut reconnaître que le problème du tabagisme est à 90 % politique et à 10 % médical. »[2]

« Si on veut empêcher les enfants de cette génération de devenir les nicotinomanes de demain, il nous faut reconnaître que le problème du tabagisme est à 90 % politique et à 10 % médical. »

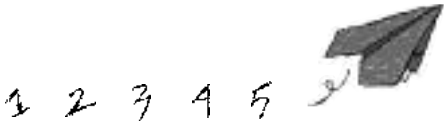
Le monde scientifique a fait son travail et le monde politique commence à faire le sien, mais il reste effectivement que tout n'est pas gagné et il nous faut demeurer vigilants et continuer d'insister. Mais vous participez à ce colloque non pour l'aspect politique de la question mais pour son côté médical, le côté « assistance à la victime du tabac ». C'est dans ce sens que nous avons préparé le programme d'aujourd'hui et nous espérons qu'il répondra à vos attentes.

1. Ahron Leichtman est directeur exécutif de Citizens for a Tobacco-Free Society en Floride.
2. LEICHTMAN, A. « The top ten ways to attack the tobacco industry and win the war against smoking », *Saint Louis University Public Law Review*, 1994; 13(2).



Une telle journée ne peut pas se faire toute seule et, au nom de la Société canadienne du cancer, maître d'œuvre du colloque avec nous, du Conseil québécois sur le tabac et la santé, je vous remercie d'avoir accepté notre invitation en si grand nombre. Je remercie aussi chaudement nos commanditaires : Novartis Santé Familiale Canada Inc., le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Canada, sans qui cette journée n'aurait pas lieu.

Du fond du cœur, merci à tous et bon colloque!



SONDAGE : CRAINTES ET PERCEPTIONS DES FUMEURS FACE À L'ABANDON DE LA CIGARETTE

Daniel Boutin
Directeur d'études, Baromètre

*Directeur d'études chez Baromètre depuis 1997, **Daniel Boutin** a auparavant œuvré comme chargé de projet avec les firmes SOM et Les services à la recherche JTD. Spécialiste des méthodologies qualitatives et plus particulièrement de l'animation de groupes de discussion, monsieur Boutin jouit également d'une solide expérience dans le domaine de la recherche quantitative puisque depuis bientôt 10 ans, il a eu l'occasion de diriger plusieurs centaines de projets de sondages téléphoniques touchant une grande variété de problématiques.*

Un sondage réalisé par la firme Angus Reid à travers le Canada et commandé par la compagnie Novartis Santé Familiale Canada Inc. a permis de dégager le profil du fumeur canadien, et en particulier, du fumeur québécois.

Le sondage présente essentiellement les craintes et les perceptions des fumeurs et des gens qui disent avoir l'intention d'arrêter, face à l'abandon de la cigarette.

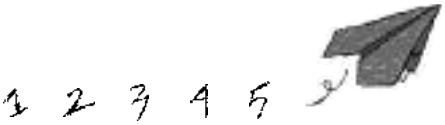
Le sondage a été fait entre les 1er et 23 avril 1998. L'information est donc encore tout à fait valable car les perceptions changent très lentement dans des problématiques de ce genre. Au total, environ 3 000 Canadiens ont été interrogés dont 943 fumeurs, et de ces fumeurs, 508 ont dit avoir l'intention d'arrêter de fumer. La marge d'erreur sur l'ensemble de l'échantillon et un peu moins de 2 %. Au Québec, 48 % des fumeurs ont dit avoir l'intention d'arrêter de fumer au cours des six prochains mois et le tiers (33 %) ont dit avoir l'intention ferme d'arrêter.

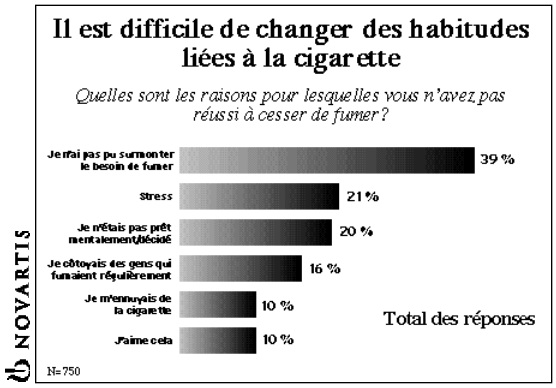
On a demandé aux fumeurs s'ils avaient déjà arrêté de fumer et si oui, combien de fois. Un des points saillants des résultats est que les deux tiers des fumeurs ont essayé plus d'une fois de cesser de fumer. Dans certains cas, cela pouvait aller jusqu'à plus de dix fois. Rappelons que ces personnes n'ont toujours pas cessé de fumer. Seulement 15 % des fumeurs interrogés ont essayé une seule fois et 18 % n'ont jamais essayé.

Un des points saillants des résultats est que les deux tiers des fumeurs ont essayé plus d'une fois de cesser de fumer. Dans certains cas, cela pouvait aller jusqu'à plus de dix fois. Rappelons que ces personnes n'ont toujours pas cessé de fumer.

POURQUOI RECOMMENCE-T-ON OU NE RÉUSSIT-ON PAS À CESSER DE FUMER?

- Le besoin est le principal facteur, à la fois physique et psychologique. On ne peut pas surmonter le besoin de fumer (39 % des fumeurs qui ont essayé d'arrêter ont identifié cette raison pour expliquer leur échec);
- Le stress est un autre aspect important. « C'est tellement bon une cigarette quand on est stressé ». Ceux qui ont fumé le savent, c'est un des premiers réflexes (21 % ont identifié cette raison);
- Ne pas être prêt mentalement, ne pas être décidé, constitue le troisième élément (20 % ont identifié cette raison);
- Côtoyer des gens qui fument régulièrement et qui nous ramènent à la cigarette (16 %).




Il est difficile de changer des habitudes liées à la cigarette
Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas réussi à cesser de fumer?
Je n'ai pas pu surmonter le besoin de fumer
39 %
Stress
21 %
Je n'étais pas prêt mentalement/décidé
20 %
Je côtoyais des gens qui fumaient régulièrement
16 %
Je m'ennuyais de la cigarette
10 %
J'aime cela
10 %
Total des réponses
NOVARTIS
N=750

D'autres raisons d'échec ont aussi été mentionnées comme le fait de s'ennuyer de la cigarette (10 %) ou d'aimer ça, tout simplement (10 %).

L'utilité des techniques pour cesser de fumer

Au Québec, 40 % des fumeurs ont dit être préoccupés par le fait d'obtenir du support quand ils cesseront de fumer. On peut donc conclure à un important besoin de ce côté.

Parmi les fumeurs qui sont susceptibles de cesser de fumer au cours des six prochains mois, les deux éléments utiles qui ressortent davantage sont :

- une trousse d'abandon du tabac contenant des timbres à la nicotine et des renseignements pour aider les gens à cesser de fumer pour de bon. Au Québec, la majorité des fumeurs (56 %) croient que la trousse d'abandon peut être un moyen utile;
- les conseils de personnes qui ont cessé de fumer, ce qu'elles ont vécu et ce qu'elles ont dû surmonter (51 %).

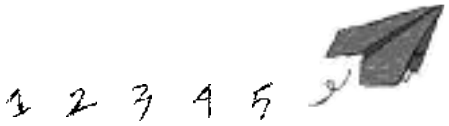
Les éléments ayant été jugés les moins utiles sont :

- une ligne sans frais (35 %);
- de l'information imprimée (30 %);
- des renseignements sur Internet (21 %).

Il faut être prudent avec les renseignements sur Internet dans la mesure où seulement 20 % à 25 % des Canadiens y ont accès. Donc même s'il n'arrive pas en tête de liste, c'est probablement un élément qui est en émergence[1].

---

1. NDLR : L'enquête *1999 Canadian Consumer Technology Study* réalisée à la fin du mois d'octobre 1999 par PricewaterhouseCoopers a révélé qu'à cette date, 43 % des adultes canadiens disposaient d'un accès Internet à la maison. Au Québec,ce chiffre se situe plutôt à 29 % contre 48 % pour le reste du Canada. Pour ce qui est des établissements québécois de dix employés et plus, l'*Enquête sur l'appropriation des technologies de l'information et de la communication par les entreprises du Québec* initiée par le CEFRIO et réalisée avec l'Institut de la statistique du Québec révèle qu'à l'été 1999, 57 % d'entre eux sont branchés à Internet.



Le sevrage brutal est perçu comme la méthode la plus efficace

La majorité des fumeurs (61 %) susceptibles de cesser de fumer dans les six prochains mois sont d'accord pour dire que le sevrage brutal est le meilleur moyen pour cesser de fumer. Au Québec, 68 % des gens sont de cet avis.

Nous avons demandé le degré d'accord des fumeurs ayant l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois sur certains énoncés portant sur l'abandon de la cigarette. La presque totalité des gens sont d'accord sur la nécessité d'une volonté à toute épreuve pour cesser de fumer (93 %).

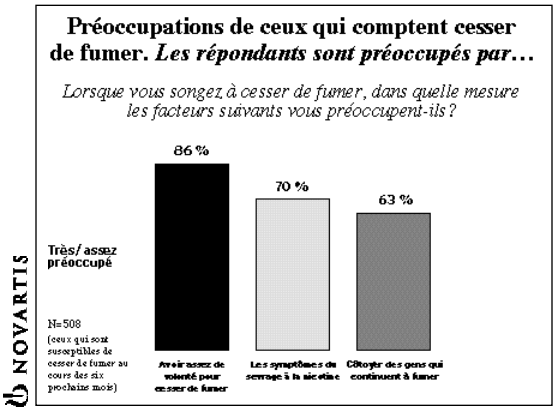
La majorité des fumeurs (61 %) susceptibles de cesser de fumer dans les six prochains mois sont d'accord pour dire que le sevrage brutal est le meilleur moyen pour cesser de fumer.

Presque toutes les personnes interrogées sont d'accord pour dire que le sevrage de la nicotine ne représente qu'une partie seulement et non l'ensemble du problème (91 %). Les gens sont donc quand même assez réalistes.

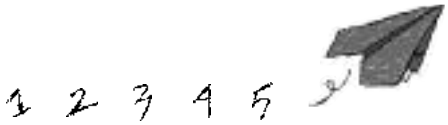
Une perception qui semble tenace est la prise de poids lorsqu'on cesse de fumer (60 % se sont dits d'accord avec cet énoncé).

Par contre, il y a certains éléments avec lesquels les gens étaient moins d'accord : seulement 20 % des gens croient que les personnes qui fument depuis de nombreuses années sont trop accrochées pour réussir à cesser de fumer. Quinze pour cent des répondants pensent que les fumeurs qui ont échoué après avoir essayé de nombreuses fois ne réussiront jamais à cesser. Néanmoins, il y a encore une lueur d'espoir : les gens croient être capables d'arrêter un jour, même après avoir essayé plusieurs fois.

Les gens ayant l'intention de cesser de fumer sont préoccupés par…


Préoccupations de ceux qui comptent cesser de fumer. Les répondants sont préoccupés par…
Lorsque vous songez à cesser de fumer, dans quelle mesure les facteurs suivants vous préoccupent-ils ?
86 %
70 %
63 %
Très/ assez préoccupé
N=508
(ceux qui sont susceptibles de cesser de fumer au cours des six prochains mois)
Avoir assez de volonté pour cesser de fumer
Les symptômes du sevrage à la nicotine
Côtoyer des gens qui continuent à fumer
NOVARTIS

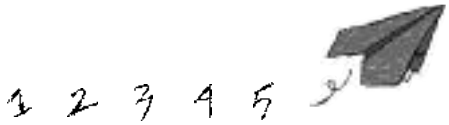
- la volonté nécessaire pour arrêter (86 % se sont dit préoccupés);
- les symptômes du sevrage (70 %);
- le fait de côtoyer des fumeurs (63 %);



- le changement de style de vie et de comportement (61 %);
- leur capacité de briser des habitudes et des comportements (53 %);
- l'obtention d'aide et de conseils adéquats (50 %);
- le gain de poids (46 %);
- le constat d'échec pour ceux qui recommencent (43 %);
- les coûts liés aux produits d'abandon du tabac (37 %);
- les coûts liés aux groupes de consultation et de soutien en matière d'abandon du tabac (32 %).

Enfin, les bienfaits ou les principaux gains entraînés par la cessation du tabagisme sont une amélioration de la santé (87 %) et une économie d'argent (56 %).

Ne sont pas perçus comme des gains très importants : une diminution des risques pour la santé dus à la fumée secondaire, les vêtements qui ne sentent plus la fumée, une augmentation d'énergie, une meilleure acceptation par les autres et la fierté de soi.



Les Stades du changement : de la théorie à la pratique

Gaston Godin
Professeur titulaire, Université Laval

***Gaston Godin**, Ph. D.,est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, à Québec,depuis 1988. Il est aussi professeur associé à l'École d'éducation physique et loisir de l'Université de Moncton depuis 1997, et occupe des fonctions similaires au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal depuis 1988. Titulaire d'un doctorat en santé communautaire (sciences du comportement) de l'Université de Toronto depuis 1983,M. Godin a, à son actif, de nombreuses années d'expérience en enseignement universitaire ici et à l'étranger, de même qu'en recherche. Ses travaux portent principalement sur l'étude des processus et mécanismes d'adoption et de maintien des comportements dans le domaine de la santé.*

La théorie des Stades du changement a gagné en popularité au cours des années 1990, mais son émergence remonte avant cette période, particulièrement avec les travaux sur le tabac. Par contre, dans les dernières années surtout, plusieurs personnes se sont appropriées la théorie pour étudier d'autres comportements comme l'activité physique, l'usage du préservatif, l'auto-examen des seins chez la femme, etc. Cela a entraîné beaucoup de controverses et d'accrochages, car il n'est pas toujours évident de prendre un cadre de référence qui a été développé dans une perspective particulière et de le transposer à un autre comportement. Il est bon de revenir à la base et l'avantage, avec la cigarette, est d'examiner cette théorie telle qu'elle a été conçue à l'origine.

Les prémisses de base sont celles qui prévalent et qui avaient émergé pour le comportement qu'est le tabagisme. Dans un premier temps, prenons note que la théorie de Prochaska et DiClemente appelée le *Transtheoretical Model* ou le modèle transthéorique (ou métathéorique) est une théorie qui croise un ensemble de regroupements théoriques.

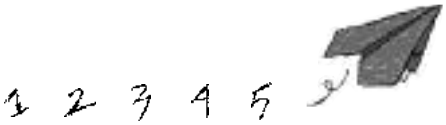
[Le modèle des Stades du changement] est une théorie qui croise un ensemble de regroupements théorique

Le classement des individus dans les différents stades

Il y a quinze variables dans le modèle des Stades du changement. Souvent les gens en connaissent une seule, la variable du classement dans les stades (ou les cinq fameux niveaux). Mais il est vrai aussi que la variable des stades est la principale et celle qui organise l'ensemble des autres variables du modèle.

La version la plus récente présente le modèle selon cinq stades : la *préréflexion* (la *précontemplation*), la *réflexion* (la *contemplation*), la *préparation*, l'*action* et le *maintien*. Les deux premiers sont à peu près équivalents, à l'exception d'une chose : l'intérêt à changer.

- Stade 1 : la *précontemplation*. La personne qui fume **ne considère pas sérieusement l'abandon** de cette habitude au cours des six prochains mois.



- Stade 2 : la *contemplation*. La personne qui fume **envisage sérieusement de cesser de fumer dans les six prochains mois.**

Donc deux éléments à noter ici, soit **l'intérêt** comme étant la seule chose qui les distingue et la fixation d'une **période de temps** déterminée ou le fameux six mois.

- Stade 3 : la *préparation.* La personne qui fume **planifie de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours.** Selon la définition de la *préparation*, une personne doit également avoir tenté de cesser au cours de la dernière année.

Le stade de *préparation* se distingue à la fois des deux précédents et des deux suivants. On constate ici plus qu'une simple manifestation d'intérêt puisqu'on parle d'une **planification réelle,** donc d'une décision prise.

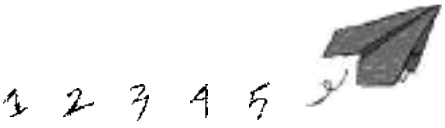
- Stade 4 : l'*action*. La personne a cessé de fumer et est **abstinente pour une période de six mois.**
- Stade 5 : le *maintien*. La personne abstinente a **dépassé le fameux seuil de six mois.**

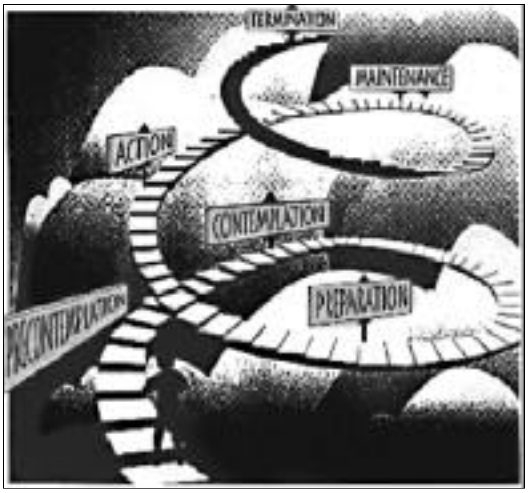
On constate donc que les deux derniers stades sont assez semblables car ils touchent à peu près le même comportement mais avec une distinction temporelle.

Un cheminement non linéaire

Selon cette théorie, le cheminement d'une personne à travers les différents stades du changement n'est pas nécessairement linéaire. Plusieurs tentatives ont été faites pour définir la façon dont les gens évoluaient dans les stades ou passaient de l'un à l'autre. On a finalement retenu le cheminement en spirale. Les moments d'entrée et de sortie sont multiples, c'est-à-dire que quelqu'un peut atteindre le stade *action* et retourner en *précontemplation* ou être en stade de *maintien* et redescendre dans le stade de *précontemplation* ou même de *contemplation.* Il n'y a pas de patron spécifique de passage d'un stade à un autre.

On a aussi proposé un cheminement en forme de cercle avec un point d'entrée dans le bas. Les « précontemplateurs » sont à l'extérieur du cercle et entrent par un point d'entrée dans la *contemplation* et passent ensuite à l'*action* et au *maintien*. Dans cette formulation qui a été faite en 1986, le stade de *préparation* n'existait pas. Il a été ajouté subséquemment à la suite de travaux empiriques. L'*abandon* était alors intégré dans les premières versions de la théorie mais il a été retiré et n'est plus considéré comme un stade.





La spirale du changement[1]

Les concepts d'*attitudes* et d'*efficacité personnelle*

Quatre autres variables recoupent, en fait, deux concepts. Les deux premières variables sont associées au processus de décision et empruntées à la théorie décisionnelle de Janis et Mann : les **avantages** (les *pros*) et les **désavantages** (les *cons*). Dans les faits on pourrait transposer ces deux expressions par le terme *attitudes*. La mesure des *attitudes* est, chez une personne, la mesure des avantages et des désavantages entraînés par l'adoption d'un comportement donné. On parle donc d'une balance décisionnelle attitudinale (mesure d'attitudes) qui est sous-jacente à ce construit théorique.

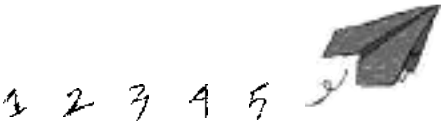
Les deux variables suivantes, qu'on appelle **confiance** et **tentation**, mesurent l'*efficacité personnelle* d'une personne. Elles mesurent à quel point une personne se sent capable de réaliser un comportement malgré la présence de difficultés et de barrières, compte tenu des situations, des contextes dans lesquels elle est placée. Cette variable est également indicatrice de la capacité personnelle d'envisager les difficultés et d'annoncer qu'on peut les surmonter pour réaliser le comportement. La plupart du temps, les variables « confiance » et « tentation » sont mesurées de façon globale en un seul construit : l'*efficacité personnelle* d'une personne à réaliser un comportement.

Voyons maintenant comment cette théorie permet le recoupement de ces variables du processus cognitif, c'est-à-dire les *attitudes* et l'*efficacité personnelle,* en les croisant avec les stades.

La théorie a suscité l'intérêt des intervenants et professionnels de la santé car, dans un premier temps, elle permet de catégoriser les individus, donc de connaître un peu mieux qui sont les gens en face d'eux, et, dans un deuxième temps, elle permet d'ajuster

La théorie a suscité l'intérêt des intervenants et professionnels de la santé car, dans un premier temps, elle permet de catégoriser les individus, donc de connaître un peu mieux qui sont les gens en face d'eux, et, dans un deuxième temps, elle permet d'ajuster un message en fonction des particularités de ces gens-là. C'est ce que l'on peut appeler le marketing cognitif.

1. The spiral of change. Figure 1, p. 49 du livre suivant : PROCHASKA, J.O., J.C. NORCROSS et C.C. DICLEMENTE. *Changing for Good: A revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*, Avon Books, New York, 1994.



un message en fonction des particularités de ces gens-là. C'est ce que l'on peut appeler le **marketing cognitif**. Rappelons que le marketing social consiste à caractériser une population en fonction de catégories d'âge, de sexe, de niveaux socio-économiques et de lieux de résidence (urbain ou rural), ce qui permet d'identifier, au plan sociodémographique, les caractéristiques des gens qui seraient associées à certains comportements et de structurer ensuite un message qui cible un groupe particulier.

Le marketing cognitif quant à lui permet un découpage « cognitif » ajusté à la nature des messages à véhiculer. On peut ainsi classer les gens dans des catégories et repérer leur profil cognitif en ce qui a trait aux avantages et aux désavantages perçus, de même qu'à leur niveau d'*efficacité personnelle*.

Avec le marketing cognitif, si on connaît les perceptions des gens en *préparation* par rapport à celles qu'ils ont en *précontemplation* ou en *maintien*, on peut mieux définir un message qui leur est spécifique. Ils seront donc plus réceptifs et on pourra les toucher davantage. Ainsi, au lieu de ne diffuser qu'un message très général et dilué à la population, on pourrait disposer d'au moins cinq messages différents et spécifiques aux gens à qui on s'adresse, tout en tenant compte du stade où ils se trouvent.

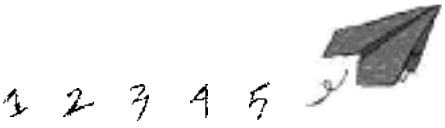
Stratégies *expérientielles* et comportementales

L'intervention selon les stades dans lesquels les gens se situent se base sur dix stratégies moins connues. Ces stratégies de changement sont empruntées à différentes approches de la psychothérapie et sont regroupées en deux catégories : les stratégies *expérientielles* et les stratégies comportementales.

Les cinq stratégies *expérientielles* sont :

- la prise de conscience (où on note qu'il y a des informations qui touchent le tabac et on commence à en prendre conscience);
- l'éveil émotionnel (un événement quelconque qui fait réaliser une insatisfaction par rapport à la situation, ou encore, un événement dans son environnement qui déclenche un éveil par rapport à sa situation de tabagisme);
- la réévaluation environnementale (on prend conscience que son tabagisme affecte les autres);
- la réévaluation personnelle (jusqu'à quel point une personne peut être plus ou moins satisfaite de sa dépendance envers la cigarette);
- la libération sociale (on prend conscience qu'il y a des endroits pour les non-fumeurs et on commence à s'ouvrir à cette réalité).

Au niveau comportemental, on a dépassé la prise de conscience et on est entré dans l'action, dans les stratégies comme telles, qui sont ancrées dans un processus décisionnel :



- le contre-conditionnement (faire autre chose plutôt que de fumer : faire de l'activité physique, par exemple);
- la relation d'aide (demander de l'aide à quelqu'un);
- la gestion du renforcement (se récompenser quand on réussit à passer certaines étapes);
- le contrôle des stimuli environnementaux (sortir de son environnement et essayer d'éviter ce qui nous donne envie de fumer);
- l'engagement personnel (statuer que définitivement, on prend une décision, on l'avoue publiquement et on prend action).

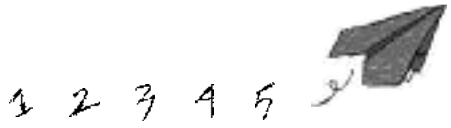
Les stratégies ne sont pas uniformes et applicables à tous les stades. Selon la théorie de Prochaska, certaines s'appliquent mieux à certaines étapes plutôt qu'à d'autres.

Les critiques

Il y a un certain nombre de critiques adressées à la théorie.

La première critique concerne l'algorithme utilisé pour classer les gens dans les stades : il comporte des lacunes, la première étant qu'il n'y a pas de raison théorique ou empirique qui supporte le choix arbitraire de ces périodes de temps. En théorie psychologique, ce qui peut justifier de définir un stade, c'est un changement personnel. Si on se réfère à la théorie de Piaget concernant le développement de l'enfant, on parle de stades de développement de l'éveil cognitif; une personne qui atteint un stade ne retourne pas en arrière. Or, dans la théorie de Prochaska ce n'est pas le cas. Qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, à six mois exactement, on passe du stade *action* au stade *maintien*? Ce n'est pas vrai que les cognitions changent parce que l'on a dépassé le seuil (arbitraire) de six mois. La deuxième lacune de l'algorithme, c'est qu'il n'y a pas de place dans les cinq catégories pour celui qui, pour la première fois, fait une tentative pour cesser de fumer. Il n'appartient à aucun stade. En effet, d'après la définition, pour appartenir au stade de *préparation*, il faut avoir déjà fait une tentative dans l'année précédente; donc celui qui vit sa première tentative pour cesser de fumer n'est dans aucun stade. Les critiques s'adressant à la théorie ont donc du sens. On verra cependant que ces critiques ne lui enlèvent pas toute son utilité.

La deuxième critique est la suivante : une modification des périodes de référence et des critères d'inclusion changerait la proportion des gens classés dans les stades. Entre 1981 et 1991, pour le seul stade de *contemplation*, on a relevé sept définitions différentes selon les auteurs et au sein même des publications de Prochaska. Cinq de ces définitions font référence à la prochaine année alors que deux (les plus récentes) font référence aux prochains six mois. La théorie est donc passée de un an à six mois, sans raison théorique, tout simplement parce que les auteurs en avaient jugé ainsi ou parce qu'ils se sont rendu compte que certaines personnes n'étaient pas classées correctement. Donc la logique de reclassement de un an à six mois est plutôt nébuleuse. En



somme, rien ne nous dit que la théorie, dans ses définitions actuelles, ne sera pas appelée à être modifiée à nouveau dans le futur. Il faut donc faire attention aux catégorisations de temps.

Les diverses lacunes précédentes ont été mises à jour lors d'applications de cette théorie dans d'autres domaines comportementaux où la référence temporelle n'est pas nécessairement la même. Si on prend la pratique de l'activité physique, par exemple, qui diffère de l'usage de la cigarette en ce sens qu'elle peut être un comportement quotidien pour un individu, un comportement répété trois à quatre fois par semaine ou une fois par mois pour un autre, on peut voir que la fréquence comportementale met en lumière que la détermination d'une période de temps précise crée des problèmes.

D'un autre point de vue, d'autres modèles se sont révélés plus efficaces que la mesure des stades pour expliquer le comportement ainsi que les déterminants du processus de décision. On peut également se demander si ce n'est pas seulement une façon différente de présenter des théories existantes. La réponse est probablement « oui »; il y a des travaux de recherche qui sont en cours pour tenter de voir quelle est la meilleure approche pour caractériser les stades.

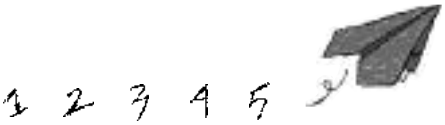
Ainsi, les travaux publiés récemment par Kraft, en 1999, dans *Psychology and Health*, ont démontré qu'effectivement, une mesure d'intention était une meilleure variable pour expliquer les variables du modèle, c'est-à-dire que les *pros and cons* et l'efficacité personnelle étaient mieux expliqués par les mesures d'intention que par une mesure des stades. En d'autres mots, les trois variables du processus cognitif sont plus fortement liées aux intentions qu'elles ne le sont aux stades. Si cela s'avérait exact, on pourrait dire qu'une étude basée sur l'intention plutôt qu'une mesure des stades serait plus efficace que la mesure des stades. C'est donc un débat théorique qui s'amorce et qui est loin d'être terminé.

En somme, la capacité de prédire le changement est plus forte si on s'appuie sur des indicateurs passés de cessation que sur une mesure des stades, ce qui questionne l'efficacité réelle des stades.

Également, une mesure d'assuétude basée sur divers indicateurs de cessation s'est démontrée plus efficace que les stades pour prédire la cessation au bout de deux ans. Les études de Farkas, publiées dans *Addiction,* en 1996, ont démontré qu'un indice d'assuétude basé sur le passé de cessation était un meilleur « prédicteur » de cessation deux ans plus tard que ne l'étaient les stades du changement (c.-à-d. *précontemplation*, *contemplation*, *préparation*). En somme, la capacité de prédire le changement est plus forte si on s'appuie sur des indicateurs passés de cessation que sur une mesure des stades, ce qui questionne l'efficacité réelle des stades.

Conclusion

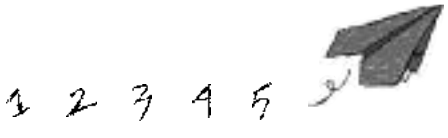
En conclusion, il est peut-être important de prendre conscience que les stades du changement reflètent davantage des « états » que des « stades ». La théorie demeure



quand même importante car elle permet de regrouper dans des catégories les individus aux profils cognitifs similaires et ainsi prendre en compte ces aspects dans les interventions. La caractérisation de ces états peut donc se révéler utile pour guider le développement d'une intervention de prévention. Lorsque l'on sait à qui on a affaire, on peut plus facilement adapter notre intervention.

Ce cadre théorique a l'avantage d'avoir gagné l'attention populaire des intervenants dans le domaine de la santé. Dès les années 1975, les gens exprimaient le besoin de planifier les interventions et de ne pas intervenir n'importe comment. Prochaska a le mérite d'avoir structuré cette pensée, de l'avoir vulgarisée et popularisée. Les gens se sont inscrits dans ce processus. Mais dans les faits, comme d'autres théories et d'autres auteurs l'ont proposé depuis longtemps et comme d'autres émergeront probablement dans le futur, il ne faut pas penser que cette théorie est la panacée qui va mettre fin au débat. Ce n'est probablement que l'amorce d'une réflexion vers l'évolution de nouvelles stratégies de changement qui profitera aux intervenants et aux professionnels de la santé.

La théorie demeure quand même importante car elle permet de regrouper dans des catégories les individus aux profils cognitifs similaires et ainsi prendre en compte ces aspects dans les interventions.



L'Internet à la rescousse des fumeurs

Denis Villeneuve
Pharmacien

Denis Villeneuve *a obtenu son baccalauréat en pharmacie en 1982 et a complété sa formation par des cours sur le commerce des valeurs mobilières en 1986. Ardemment impliqué dans la gestion de l'information en soins de santé, M. Villeneuve a notamment contribué au projet de recherche sur la « carte-santé à microprocesseur » (carte à puce). Il agit depuis 1996 à titre de conseiller en technologies de la santé au sein de Bell Canada Services Professionnels, dans le projet* Communication Interactive Pharmacies *(CIP). Il collabore régulièrement avec l'Ordre des pharmaciens du Québec à la préparation de journées de formation continue offertes aux pharmaciens. Monsieur Villeneuve a assumé divers mandats d'ordre professionnel qui l'ont toujours amené à favoriser le rayonnement professionnel et la pratique optimale de la pharmacie. L'entreprise de formation continue dont il est cofondateur a offert également dans tout le Québec une formation en soins pharmaceutiques. Il contribue à l'avancement de la pratique par toutes ses initiatives professionnelles.*

Il est important de se rappeler une chose : sur Internet, les patients ont accès à presque n'importe quoi, tant au niveau de l'information que des médicaments. Je vous présenterai des sites qui s'adressent aux patients, mais aussi aux professionnels de la santé, des sites d'organismes publics autant que de compagnies privées. La majorité seront malheureusement en anglais, mais lorsqu'ils seront en français, je l'indiquerai. Les sites sont regroupés par thématique puis par ordre alphabétique d'organisme.

Achat de médicaments :

Safe Web Medical

http://www.safewebmedical.com/

Site où on peut acheter des médicaments en ligne moyennant l'obtention d'une prescription par un médecin lié au site. Coût : 75 $ US par prescription si cette dernière est acceptée après étude du dossier, plus les coûts des médicaments, plus les frais de transport.

Articles scientifiques :

Auburn University School of Pharmacy

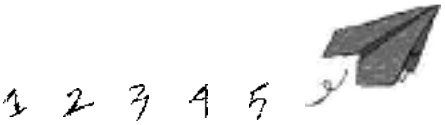
Pharmacy Care Systems

BERGER, Bruce A. et al. *Pharmacy Applications of the Transtheoretical Model in Smoking Cessation.*

http://pharmacy.auburn.edu/pcs/download/stages.htm

Bruce Burger, professeur à l'Université d'Auburn, parle ici des Stades du changement, de la transition en fonction du professionnel et de la façon dont il faut intervenir pour faire évoluer les patients. C'est un article très intéressant.

Il est important de se rappeler une chose : sur Internet, les patients ont accès à presque n'importe quoi, tant au niveau de l'information que des médicaments.



Doctor's Guide

Zyban More Effective Than A Nicotine Patch In Helping Smokers Quit.

http://www.pslgroup.com/dg/eab22.htm

Article qui rapporte les résultats d'une étude sur le Zyban. L'auteur n'est pas mentionné.

Medscape

Medscape est un réseau destiné aux professionnels de la santé bien que tous puissent s'y inscrire. Il donne accès à une foule de services. Pour atteindre les articles, il faut s'inscrire et faire valider son mot de passe (la fenêtre apparaîtra automatiquement en tapant les adresses dans votre navigateur). La procédure est gratuite et très rapide.

- KAYE, Lily. Pharmacologic and Behavioral Approaches to Smoking Cessation. *Hospital Medicine,* 1998; 34(10):47-48, 55-56, 59-62.

  http://www.medscape.com/quadrant/hospitalmedicine/1998/v34.n10/hm3410.03.kaye/hm3410.03.kaye-01.html

  Article très intéressant et complet de neuf pages HTML.
- LARSON, Dianne. Smoking Cessation – Counseling Your Patients. *Clinician Reviews*, 1997; 7(6):57-60, 62-64, 70, 73-75, 79-80.

  http://www.medscape.com/CPG/ClinReviews/1997/v07.n06/c0706.1/c0706.1.html

Medscape Primary Care

PRAY, Steven W. Consult Your Pharmacist – Counseling Against Tobacco Use. *U.S. Pharmacist,* 1998; 23(7).

http://www.medscape.com/jobson/USPharmacist/1998/v23.n07/usp2307.01.pray/usp2307.01.pray-01.html

Article écrit par Steven Pray du Southwestern Oklahoma State University à Weatherford et comprenant 4 pages HTML.

New England Journal of Medicine

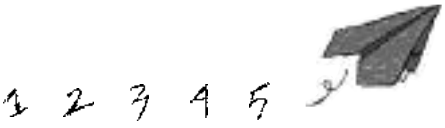
- JORENBY, Douglas E. et al. A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation, le 4 mars 1999, vol. 340, nº 9.

  http://www.nejm.org/content/1999/0340/0009/0685.asp

  Résumé d'un article portant sur une étude sur l'utilisation simultanée du Bupropion et des timbres de nicotine dans le processus de cessation.
- BAILAR, John C. Passive Smoking, Coronary Heart Disease, and Meta-Analysis, le 25 mars 1999, vol. 340, nº 12.

  http://www.nejm.org/content/1999/0340/0012/0958.asp

  Éditorial traitant de la fumée secondaire et des maladies cardiaques (les résultats ne seraient pas concluants).



Information sur la cessation :

Conseil canadien pour le contrôle du tabac

Guider vos patients vers un avenir sans tabac (**français**)

http://www.cctc.ca/sff/index-f.htm

Explication du programme *Guider vos patients vers un avenir sans tabac* et lien avec le document *Votre guide vers un avenir sans tabac* que les personnes désirant cesser de fumer peuvent consulter en ligne. Ce dernier document n'est plus disponible sur papier mais on a le droit de l'imprimer et de donner l'information au patient en fonction de l'étape où il se trouve. Liens avec des pages présentant différents aspects de l'intervention du médecin auprès de clientèles particulières (adolescents, femmes enceintes, etc.) et vers un document expliquant les Stades du changement. Le site favori de M. Villeneuve.

Organisation mondiale de la santé

Journées mondiales sans tabac

- 31 mai 1999 (sevrage tabagique - **français**) :

  http://www.who.int/toh/worldnotobacco99/french/teaser.htm

  Page très complète qui résume un peu tout ce qui a trait à la cessation de fumer et au tabagisme.
- 31 mai 2000 (Entertainment and Tobacco Promotion- Countering the Deception) :

  http://www.who.int/toh/media/wntd2000/wntd2000.htm

Santé Canada

Bureau de contrôle du tabac **(français)**

http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/hppb/tabac/dhm/index.htm

Site plus spécifique à la législation, à la réglementation et aux recherches sur le tabagisme. Crédible de par la source de l'information.

Sites de compagnies pharmaceutiques :

Glaxo Wellcome

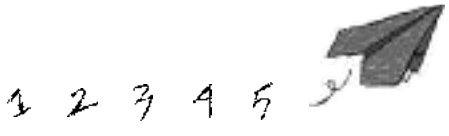
Zyban

- Pour les professionnels de la santé

  http://www.gw-zyban.com/index.htm
- Pour les fumeurs et leur entourage

  http://www.zyban.com

  En plus des renseignements sur le produit et son utilisation, ce site offre un économiseur d'écran téléchargeable (à la condition de remplir un questionnaire) et une section sur l'aide à apporter aux fumeurs.



Johnson & Johnson w Merck
Nicotrol

http://www.nicotrol.com/transdermal/transdermal.html
Site consacré à la description des produits Nicotrol (timbres, vaporisateur nasal et inhalateur de nicotine) et à leur utilisation dans le cadre du programme *Pathways to change*. Le site est conçu en fonction de la personne qui veut cesser de fumer (utilisateur) mais contient une section pour les médias.

Novartis Santé Familiale Canada Inc.
Habitrol **(français)**

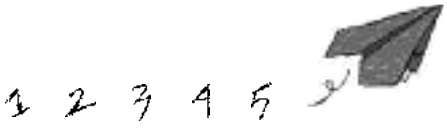
http://www.habitrol.com/francais/
Site consacré à la cessation du tabagisme. On y présente le programme interactif par Internet *La route du succès* pour aider les personnes à cesser de fumer, peu importe qu'elles utilisent ou non les timbres Habitrol. En plus de s'adresser aux fumeurs, le site présente des renseignements aux personnes qui veulent aider un ami à cesser de fumer et propose aux ex-fumeurs d'aider quelqu'un à cesser de fumer en devenant un « compagnon de route » électronique.

SmithKline Beecham
Aides pharmacologiques

- Nicoderm

  http://www.nicodermcq.com/index.html
  Site consacré à la description des timbres Nicoderm et à leur utilisation dans le cadre du programme *Committed Quitters*. On peut y remplir en ligne le test de dépendance de Fagerstrom et faire calculer l'économie d'argent réalisée lorsqu'on ne fume pas en fonction de notre consommation habituelle. Pour utilisateurs. Lien avec le site consacré à Nicorette.
- Nicorette

  http://www.nicorette.com/indexfs.html
  Site consacré à la description et à l'utilisation de la gomme Nicorette et basé exactement sur le même canevas que le site de Nicoderm.



Le médecin, un *motivateur* clé pour aider les fumeurs à cesser de fumer

Michèle Tremblay
Médecin-conseil,
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

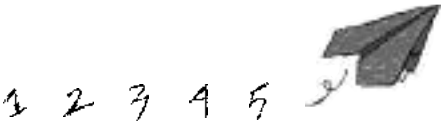
Michèle Tremblay *est coordonnatrice de l'équipe de réduction du tabagisme de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Après avoir exercé la pratique de la médecine générale pendant plusieurs années, D^r^ Tremblay a opté pour la santé publique et œuvre en promotion de la santé depuis maintenant 10 ans. Bien qu'elle ait travaillé en prévention des maladies cardiovasculaires et en promotion du dépistage précoce du cancer du sein, le tabagisme a toujours figuré parmi ses champs d'intérêt privilégiés. Depuis trois ans, D^r^ Tremblay est responsable d'un projet qui vise à optimiser le* counselling *tabagique par les médecins de Montréal. C'est dans le cadre de ce projet qu'est née la collaboration entre le Collège des médecins du Québec et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre menant à la publication et la diffusion des lignes directrices sur la prévention et la cessation du tabagisme en janvier 1999.*

Pourquoi des lignes directrices sur la prévention et l'abandon du tabagisme à l'intention des médecins?

- Chaque jour, le médecin fait face aux conséquences désastreuses du tabagisme sur la santé. En effet, dans le cadre de sa pratique quotidienne, il traite régulièrement des patients atteints de maladies cardiovasculaires, de cancers ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques. Il est donc bien au fait des effets néfastes du tabagisme.
- De plus, il est un professionnel de la santé crédible auquel la population fait souvent référence. Environ les trois quarts de la population rencontrent un médecin au moins une fois par année et une enquête menée en 1992-1993 par Santé Québec indiquait que le médecin omnipraticien était le professionnel de la santé le plus rencontré, suivi du médecin spécialiste et des autres types de professionnels de la santé[1].
- Tel que mentionné par M. Godin lors de sa conférence, les fumeurs se situent à différentes étapes de changement de comportement. Il est estimé qu'environ la moitié de la population pense cesser de fumer au cours des six mois à venir, se retrouvant ainsi soit en réflexion (entre 30 % et 40 % des fumeurs), soit en *préparation* (entre 10 % et 15 % des fumeurs)[2].
- De nombreuses études ont démontré que lorsque les médecins interviennent auprès de leurs patients fumeurs, entre 2 et 36 % d'entre eux ne fument plus six mois à un an plus tard grâce à leur intervention[3]. L'efficacité de l'intervention dépend de l'état de santé du patient, de sa motivation (femme enceinte 8 %, patient ayant fait un infarctus du myocarde 35 %) ainsi que de l'intensité du

[Le médecin] est un professionnel de la santé crédible auquel la population fait souvent référence.

1. BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE et L. CHENARD, sous la direction de M. LEVASSEUR. « Et la santé ça va en 1992-1993? », Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec, Montréal, vol. 1.
2. PROCHASKA, J.O., C.C. DICLEMENTE et J.C. NORCROSS. « In search of how people change. Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, septembre 1992; 47(9):1102-1114.
3. LAW, M. et J.L. TANG. « An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking », *Archives of the Internal Medecine*, 1995; 155(18):1933-1941.



counselling. Si tous les médecins intervenaient auprès de leur clientèle fumeuse, l'impact populationnel serait considérable avec plusieurs milliers de nouveaux ex-fumeurs chaque année.

Si tous les médecins intervenaient auprès de leur clientèle fumeuse, l'impact populationnel serait considérable avec plusieurs milliers de nouveaux ex-fumeurs chaque année.

- Toutefois, en 1995, environ six fumeurs sur dix mentionnaient ne pas avoir reçu de conseils pour cesser de fumer de la part de leur médecin au cours de l'année précédente[4]. Ces chiffres n'étant pas tout à fait récents, il est possible que la situation ait évolué depuis, mais il y a sûrement encore de la place pour l'amélioration.

Tous ces éléments justifient donc l'importance du rôle du médecin en *counselling* tabagique. Et ce, d'autant plus que les croyances des médecins sont nettement favorables à une telle intervention de leur part. En effet, une enquête menée auprès d'un échantillon aléatoire de médecins omnipraticiens de Montréal en juin 1998[5] révélait les croyances suivantes :

- le statut tabagique doit concerner les médecins même si c'est une habitude de vie qui, jadis, était perçue comme personnelle;
- les conseils des médecins peuvent augmenter la motivation des patients;
- les médecins doivent conseiller à tous leurs patients fumeurs de cesser de fumer.

D'autre part, plusieurs médecins interrogés indiquaient qu'ils ne savaient pas comment adapter leur intervention en fonction des besoins spécifiques de leurs patients. Ils disaient également ne pas connaître les ressources disponibles en matière d'abandon du tabac.

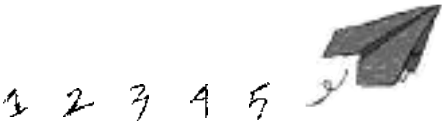
Modifier la norme sociale

Avec toutes ces données en tête, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre s'associait au Collège des médecins du Québec pour la rédaction de lignes directrices sur le *counselling* tabagique. Les trois objectifs recherchés étaient :

- d'indiquer aux médecins que le *counselling* tabagique devenait, dorénavant, une norme de bonne pratique médicale;
- d'habiliter les médecins à intervenir en fonction des étapes du changement du comportement et à prescrire une pharmacothérapie appropriée;
- d'informer les médecins des ressources disponibles en matière de cessation tabagique.

---

4. *Enquête sur le tabagisme au Canada*, Santé Canada, juin 1995, quartier 4.
5. Communication personnelle, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, août 1999.



Le document des lignes directrices est divisé en quatre sections. Les trois premières sont assez courtes et on y parle brièvement de la problématique, des recommandations en provenance de différents organismes, et de la prévention du tabagisme. Quant à la quatrième section intitulée « Le médecin et le patient fumeur », elle constitue le cœur des lignes directrices. Dans un premier temps, on indique au médecin qu'il doit identifier le statut tabagique de tous ses patients et l'inscrire dans le dossier. Par la suite, le médecin doit identifier le stade du changement du comportement du fumeur afin d'adapter son intervention aux besoins spécifiques de son patient. Finalement, on discute brièvement de certaines clientèles spécifiques et on présente de façon assez détaillée la pharmacothérapie. Le tout est accompagné d'un inventaire des principales ressources disponibles en cessation au Québec.

Le contenu des lignes directrices a été entériné par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) , par différentes associations de médecins spécialistes et par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces lignes directrices ont été diffusées en janvier 1999, dans le cadre de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, aux 15 000 médecins qui œuvrent au Québec et elles se retrouvent sur les sites Internet du Collège des médecins du Québec, de la DSP de Montréal-Centre et de l'Association médicale canadienne.

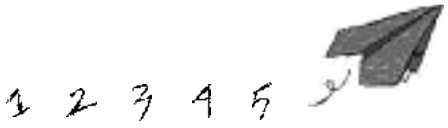
Des moyens pour favoriser l'adhésion des médecins

Il est reconnu que la simple diffusion de lignes directrices n'est pas suffisante pour que les médecins les adoptent et les mettent en pratique. Heureusement, une variété de stratégies étaient déjà en place avant l'envoi du Collège des médecins du Québec.

Comme l'arrivée sur le marché en août 1998 d'une nouvelle aide pharmacologique avait ravivé l'intérêt des médecins pour le *counselling* tabagique, plusieurs conférences et ateliers de formation leur avaient été offerts. À titre d'exemple, dans la région de Montréal, 140 médecins omnipraticiens ont été formés entre les mois de septembre 1998 et août 1999. L'offre de telles activités de formation s'est accentuée après la diffusion des lignes directrices.

Comme le mode de formation continue préféré des médecins est la lecture d'articles scientifiques, plusieurs articles ont été rédigés dans différentes revues médicales afin de favoriser l'adhésion des médecins à de telles lignes directrices :

- un supplément de formation continue portant sur le tabagisme dans *L'Actualité médicale*;
- un article sur le tabagisme dans la section « Questions et réponses » de *L'Actualité médicale*;

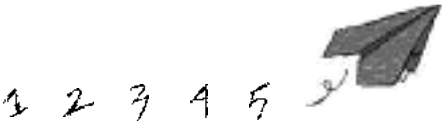


- un article de fond de plusieurs pages dans la revue *L'Omnipraticien* qui présentait un cas clinique et la démarche appropriée;
- un article portant sur la dépendance au tabac dans un numéro portant sur la prévention dans la revue *Le Médecin du Québec*.

Pour répondre aux besoins exprimés par les médecins lors de l'enquête menée à Montréal en juin 1998, un algorithme d'intervention en matière de tabagisme a été développé et diffusé à tous les omnipraticiens de Montréal en décembre 1998, juste avant la diffusion des lignes directrices. Cet outil d'aide à l'intervention résume, sur une feuille recto-verso plastifiée, les principaux renseignements reliés à l'intervention de *counselling* tabagique.

Finalement, en janvier 1999, lors de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, tous les médecins omnipraticiens du Québec ont reçu une lettre co-signée par le président du Collège des médecins du Québec et par le président du Conseil québécois sur le tabac et la santé les invitant à participer à l'opération de sensibilisation que menait le CQTS. Ils avaient l'opportunité de commander des dépliants destinés à leur clientèle fumeuse ainsi qu'une affiche pouvant être installée dans leur salle d'attente.

En conclusion, la production et la diffusion de lignes directrices portant sur le *counselling* tabagique est un maillon important et essentiel d'interventions visant à optimiser la contribution des médecins dans la lutte pour la réduction du tabagisme. Nous croyons qu'en utilisant une panoplie d'interventions, nous avons plus de chances de rejoindre l'ensemble des médecins et de s'en faire de précieux alliés dans la lutte que nous menons présentement et que nous mènerons au cours des prochaines années.



Le rôle du pharmacien dans le processus d'arrêt du tabagisme : portrait d'une intervention

Judith Choquette
Pharmacienne

***Judith Choquette** est diplômée de la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal,promotion 1991.Elle a œuvré en pharmacie communautaire en tant que salariée puis a été copropriétaire d'une pharmacie à Repentigny. Elle est maintenant déléguée en développement professionnel pour la bannière Clinique Santé, un regroupement de 180 pharmacies de petite surface principalement situées en cliniques médicales et réparties sur l'ensemble du territoire québécois. Madame Choquette est une conférencière bien connue dans le milieu pharmaceutique où elle a fait des présentations sur différents sujets tels que la communication, l'allaitement maternel, la ménopause et l'intervention pour l'arrêt du tabagisme. Elle est actuellement rédactrice en chef de la revue* Québec Pharmacie *et a mérité le Prix Louis-Hébert 1996 pour son implication à valoriser la profession de pharmacien auprès du public.*

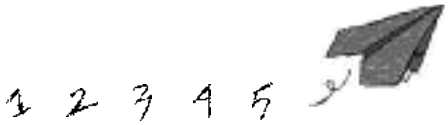
Suite aux événements survenus l'année dernière et qui ont causé beaucoup d'exposition dans les médias (retrait des cigarettes des pharmacies après de nombreuses batailles, timbres devenus accessibles sans ordonnance mais gardés derrière le comptoir au Québec, apparition sur le marché du Zyban qui a quand même créé un raz-de-marée médiatique assez important), les pharmaciens ont reçu beaucoup de demandes et se trouvaient un peu démunis face à tout ça. On a alors décidé de créer des outils pour leur faciliter le travail.

Quatre pharmaciens ont travaillé ensemble, avec le soutien de l'Ordre des pharmaciens, à l'élaboration d'un algorithme à l'intention des membres de l'Ordre. Cet outil vise à aider les pharmaciens à répondre aux personnes qui viennent les voir pour cesser de fumer, satisfaisant ainsi un besoin qu'ils avaient exprimé.

On a fait une tournée à travers la province avec dix représentations comportant un atelier. On a ensuite distribué l'algorithme à tous les membres de l'Ordre des pharmaciens, donc à plus de 5 000 pharmaciens, qui œuvrent tant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire.

L'algorithme

L'algorithme cible les interventions en fonction du client qui est devant nous. Il propose des méthodes d'utilisation des thérapies de remplacement à la nicotine (TRN) et du Bupropion (le Zyban). Il veut aussi aider le pharmacien à aider psychologiquement le patient. En effet, plusieurs fumeurs subissent l'engouement publicitaire; ils ont entendu parler d'un nouveau produit et disent vouloir arrêter de fumer. Mais sont-ils vraiment prêts? Se dirigent-ils tout simplement vers un autre échec? La démarche proposée au recto de l'algorithme vise justement à éviter cela. Au verso, on retrouve de l'information complémentaire sur le sujet.



L'atelier

Les objectifs d'apprentissage étaient les suivants :

- pouvoir identifier les patients fumeurs ou ceux qui désirent cesser de fumer;
- évaluer leur dépendance physique et psychologique à la nicotine;
- les aider, leur conseiller le produit qui semble le plus approprié pour eux ou encore ne pas conseiller de produit s'ils ne sont pas vraiment prêts ou s'il n'y a pas de produit qui leur convienne en fonction de leur état de santé;
- faire un suivi pour les aider à garder leur motivation. En effet, on sait que les gens utilisent le produit habituellement deux semaines puis, se sentant très confiants, cessent d'utiliser les timbres ou le Bupropion. À l'arrivée d'une tentation, il y a rechute et, bien sûr, perte de confiance en soi.

On a d'abord fait réfléchir les pharmaciens sur ce qu'ils font actuellement dans leur quotidien, sur les actions qu'ils posent au départ. Nous leur avons tout de suite soumis des études de cas pour les aider à identifier où sont leurs propres lacunes, pour pouvoir aller chercher dans l'atelier ce dont ils ont besoin. On a rapidement présenté des données épidémiologiques. On a parlé des prévalences, des différents types de dépendance (physique et psychologique) et de leur impact. On sait que 70 % des fumeurs ont, à un certain moment, des problèmes de santé et comme le pharmacien a accès au dossier du client, il est en mesure de réaliser l'impact positif entraîné par la cessation du tabagisme sur sa santé.

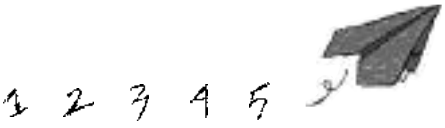
Il faut aussi faire remarquer que le fait de cesser de fumer peut avoir un impact sur les médicaments. Par exemple, le tabac augmente la résistance à l'insuline. Chez des diabétiques, on a signalé des cas où les patients sont tombés en hypoglycémie importante parce qu'ils avaient cessé de fumer sans réajustement de dose et en l'absence d'un suivi suffisant. On voulait donc aider le pharmacien à gérer les différentes réactions, interactions médicamenteuses et contre-indications des produits.

Il faut aussi faire remarquer que le fait de cesser de fumer peut avoir un impact sur les médicaments. Par exemple, le tabac augmente la résistance à l'insuline.

On a également parlé des étapes de modification du comportement. Un aspect intéressant est qu'on a aidé les pharmaciens à reconnaître l'étape à laquelle se situe le fumeur et à voir ce qu'on peut faire en fonction de chaque étape. Comment peut-on parler au patient qui est en *contemplation* ou en *préparation*? Les fumeurs ont aussi beaucoup de croyances ou de mythes qui sont souvent nuisibles à leur volonté. On a donc donné un tableau aux pharmaciens pour les aider à répondre à ces mythes. Pour terminer, nous avons révisé les études de cas pour être certain de ne rien oublier.

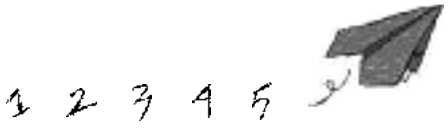
Conclusion

Par l'atelier, on a rejoint environ 300 pharmaciens, ce qui est quand même considérable quand on pense qu'il y a 1 300 pharmacies au Québec. Des pharmaciens



d'hôpitaux ont aussi assisté à l'atelier, ce qui démontre aussi la volonté d'agir au niveau hospitalier. Les 5 000 pharmaciens du Québec ont reçu l'algorithme. On a donc atteint notre objectif voulant que les pharmaciens soient plus à l'aise pour discuter de tabagisme avec leurs patients. Selon certaines statistiques, les gens qui ont des problèmes de santé consultent souvent le pharmacien en premier lieu. Les gens renouvellent leurs ordonnances une fois par mois ou, selon les statistiques, vont à la pharmacie toutes les deux à trois semaines. L'opportunité de contact avec le pharmacien est donc très fréquente et on voulait en profiter pour inciter les pharmaciens à jouer un rôle actif.

Selon certaines statistiques, les gens qui ont des problèmes de santé consultent souvent le pharmacien en premier lieu.



L'intervention en entreprise : quelles sont les conditions gagnantes de l'implantation d'une politique d'espaces sans fumée?

Myrèse Collin-Stewart
Consultante en programme de cessation du tabagisme
Centre vivre mieux sans fumer

Myrèse Collin-Stewart *est diplômée de l'Université de Montréal en andragogie et de l'Université du Québec pour sa formation dans la gestion des dynamiques reliées à la dépendance aux drogues. Depuis 1986, elle participe à la destinée du Centre vivre mieux sans fumer où elle a été animatrice, formatrice, recherchiste, directrice et administratrice. Ses principales réalisations sont l'animation du programme Vivre mieux sans fumer pour plusieurs milliers de fumeurs, la présentation, dans plusieurs entreprises, de conférences traitant des divers aspects reliés au tabagisme, la formation d'animateurs au Centre vivre mieux sans fumer, la conception et l'application de stratégies d'implantation d'espaces sans fumée, et la participation à l'élaboration de tous les programmes et services du Centre dont certains en collaboration avec des organismes gouvernementaux et du réseau de la santé.*

L'entreprise est un microcosme où fumeurs et non-fumeurs sont appelés à vivre ensemble. Depuis plusieurs années déjà, un certain mouvement de non-acceptation de la fumée de cigarette se fait sentir. Les non-fumeurs qui ne parlaient pas beaucoup le font de plus en plus. Avec l'application de la *Loi sur le tabac*, le terrain change un petit peu et les fumeurs commencent à se sentir mal à l'aise. Ils ne sentent pas que c'est la fumée qu'on interdit dans l'entreprise mais plutôt qu'on les vise eux, soit au niveau des droits de l'Homme, soit au niveau de leur capacité de travail, etc.

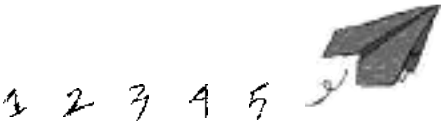
Imaginez des personnes qui ont donné 20 ans de leur vie à une entreprise et à qui on interdit maintenant l'objet qui leur semble être essentiel à leur productivité. C'est tout un drame qui se passe chez eux. Nous avons donc développé une expertise sur l'importance de conscientiser la prise de décision d'arrêter de fumer.

Depuis quelques années, le Centre vivre mieux sans fumer s'est penché sur les façons de pousser un peu, sans pression, la réflexion du fumeur et de faire avancer ce dernier d'un stade à l'autre pour lui permettre de cheminer dans une démarche proactive à partir du moment où il a l'intention d'arrêter de fumer.

[Les fumeurs] ne sentent pas que c'est la fumée qu'on interdit dans l'entreprise mais plutôt qu'on les vise eux, soit au niveau des droits de l'Homme, soit au niveau de leur capacité de travail, etc.

Stands et tables rondes pour fumeurs en préréflexion

Au niveau de la *préréflexion*, certaines personnes vont se dire non intéressées ou non concernées alors que d'autres personnes affirment qu'elles n'ont pas l'intention d'arrêter et ne veulent surtout pas se faire dire qu'elles doivent arrêter de fumer. Les fumeurs qui doivent attendre à la pause pour sortir et aller fumer vivent donc beaucoup de frustrations et on peut imaginer l'état d'esprit dans lequel ils travaillent. Dans cette période de *préréflexion*, nous présenterons des stands où les personnes pourront établir un premier contact, un contact personnel où la personne se sentira valorisée et reconnue. De plus, on organisera des tables rondes pour les individus qui ne sont pas du tout intéressés à cesser de fumer. Les tables rondes consistent en quelques rencontres où les fumeurs invétérés travaillent au niveau de leurs frustrations et amorcent une certaine



démarche à l'intérieur de l'acceptation de la politique. En effet, un refus de l'intégration de cette politique par plusieurs personnes pourrait entraîner des conséquences au niveau de la productivité et des relations interpersonnelles entre fumeurs et non-fumeurs, gestionnaires, cadres, direction, etc. Au niveau de la *préréflexion*, le fait d'offrir deux possibilités (l'une pour permettre au fumeur d'avancer dans sa démarche de cessation, et l'autre pour offrir simplement aux personnes qui ne veulent pas cesser de fumer un service courtois) a l'avantage de permettre à chacun de bénéficier d'un service qui lui est approprié. Chacun se sent donc respecté selon ce qu'il vit.

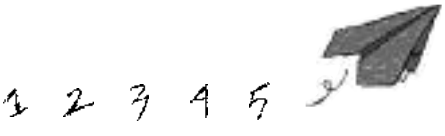
Conférences pour fumeurs en réflexion et préparation

Nous parlerons de dépendance et non seulement de volonté. Oui la volonté est importante mais si ce n'était qu'une question d'habitude, il serait possible de la modifier en trois ou quatre jours. Le traitement de la dépendance est beaucoup plus long. Dans la conférence *Cesser de fumer, un choix qui s'apprend*, on montrera que la dépendance n'est pas uniquement une habitude, qu'elle correspond à un élément beaucoup plus important et qu'elle se présente sous différents aspects :

- la **dépendance physique** : la personne est en manque. Dans la phase de *préparation*, la personne prend conscience qu'elle peut être en manque mais il y a autre chose que cela.
- la **dépendance psychologique** : c'est le vécu de la personne avec la cigarette. Elle éprouve le besoin d'une cigarette quand elle vit certaines situations ou prend certaines attitudes.
- la **dépendance sociologique** : les collaborateurs, les autres personnes qui fument autour de nous et l'environnement peuvent entraîner des négociations difficiles. On verra tous les volets de cette dépendance et les personnes qui sont en train de cheminer apprendront à mieux se connaître comme fumeur et à faire des liens avec leur situation.

Cette période de conscientisation est essentielle pour faire cheminer les fumeurs et les amener à l'action. Ce n'est pas toujours uniquement parce qu'on est « motivé » qu'on va arrêter de fumer. En effet, le soir, le fumeur tisse sa motivation et le lendemain, celle-ci s'envole. Ce n'est pas seulement parce qu'on a « l'intention » qu'on va arrêter de fumer; cette intention doit nécessairement se modifier et se développer dans un processus de décision.

Dans les faits, nous avons remarqué que lorsque les personnes suivent ces étapes (chacune dans son propre contexte et dans sa capacité de les traverser), elles arrivent à l'étape de la cessation de fumer avec une solide confiance en elles. Pendant le processus, elles ont développé des solutions alternatives à leur besoin de fumer, elles ont découvert pourquoi elles fument vraiment (réponse à des besoins précis), etc. Elles en ont développé une perception et seront donc capables d'y répondre à travers leur action.



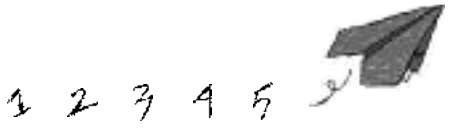
Programme de cessation et de libération du tabagisme

Dans la cessation, le geste actualise la prise de décision. Il existe deux étapes au niveau de la cessation :

- l'immédiat : qu'est-ce que je fais dans les 24 à 48 heures pour contrer l'envie de fumer?
- le plus long terme : l'apparition du sentiment de libération. Comment la personne qui était fumeuse va-t-elle intégrer son nouveau mode de fonctionnement ou mode de vie et, en plus, ressentir un sentiment de libération? C'est évidemment en appliquant la réponse à son besoin de fumer telle qu'elle l'aura travaillée dans sa période de conscientisation.

Au niveau de l'entreprise, ce processus est très intéressant. Dans un sens, chaque employé fumeur est acteur dans son cheminement et on lui donne le service dont il a besoin en fonction de son niveau de progression. De plus, les échanges, discussions et processus qui ont lieu à l'intérieur du groupe vont permettre de développer les relations humaines à un niveau progressif, proactif et positif, sans faire surgir d'éléments sournois qui pourraient nuire à la productivité ou à l'harmonie des groupes de travail.

Toute cette approche permet une meilleure et plus positive intégration de la *Loi sur le tabac* à l'intérieur des entreprises. Espérons que vous pourrez transmettre cette vision à vos décideurs.



Pour accroître l'accessibilité aux services de cessation du tabagisme

Donald Déry
Agent de recherche et de planification socio-économique
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Donald Déry *est infirmier, titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et d'une maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval (Québec). Il œuvre dans le domaine de la santé publique depuis plus de 20 ans. Il a été répondant tabac à la Direction de la santé publique de l'Outaouais et a conceptualisé et mis en place la stratégie régionale de lutte au tabagisme en Outaouais. Co-chercheur dans l'étude :* La prévention du tabagisme : enjeux pour les jeunes de l'Outaouais *(1994 – 1999), il a initié (1994) la mise en place du premier concours régional d'abandon du tabagisme* (Le 1er mars… j'arrête!)*, concours qui a été transposé à l'échelle provinciale en l'an 2000 sous le titre* J'arrête, j'y gagne!. *Il est conseiller cadre au Service de lutte contre le tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et il coordonne actuellement des travaux qui permettront au MSSS de se doter d'orientations face à l'accessibilité des services d'abandon du tabagisme au Québec.*

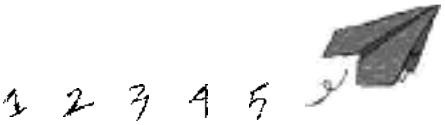
Cette présentation dévoile les résultats préliminaires d'un travail effectué pour le compte du MSSS par un groupe de travail dont le mandat était de déterminer les services, les mesures ou les interventions qui devraient être rendus accessibles pour favoriser l'abandon du tabagisme dans la plus forte proportion possible auprès de la population du Québec.

Les problèmes de santé associés

On sait que 75 % des fumeurs voudraient éventuellement cesser de fumer. On connaît très bien les risques reliés au cancer du poumon ou aux maladies cardiovasculaires, mais on connaît moins les risques attribuables au tabagisme pour d'autres maladies. Par exemple, 71 % des cas de cancer de l'uretère, 59 % des cas de la maladie de Crohn et 46 % des cas de cancer de l'anus seraient attribuables au tabagisme. De plus, 24 % des cas de bronchite aiguë et de pneumonie seraient attribuables à la fumée de tabac dans l'environnement, d'où l'importance d'agir sur l'environnement. Il y aurait même selon certaines études, 10 % des problèmes de douleurs au bas du dos qui seraient reliés au tabagisme[1].

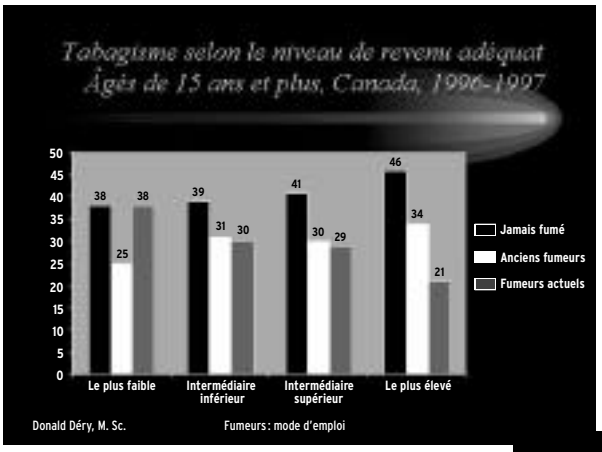
Une dimension très importante doit ressortir concernant la femme : 15 % des avortements seraient reliés au tabagisme ainsi que 42 % des bébés de petit poids. Soixante-quatorze pour cent des grossesses ectopiques, 21 % des malformations congénitales et 21 % des cancers du col y seraient également associés. Tout programme visant à améliorer ce problème doit nécessairement tenir compte du tabagisme. Si ce dernier n'existait pas dans la population, tous les risques qui y sont attribuables seraient éliminés, entraînant une diminution des maladies reliées.

1. NDLR : en plus de toutes les maladies mentionnées ici, une étude publiée le 9 mars 2000 dans le *New England Journal of Medicine* (vol. 342, no 10) sous le titre « Cigarette Smoking and Invasive Pneumococcal Disease » indique que les fumeurs courent quatre fois plus de risques d'être infectés par le pneumocoque, bactérie à l'origine, entre autres, des pneumonies et des méningites. Un résumé de l'article peut être consulté sur le site du journal au www.nejm.org.



La situation actuelle

Au niveau d'une enquête nationale de santé faite auprès de la population au Canada, le Québec détient toujours le triste record du plus haut pourcentage de tabagisme de l'ensemble des provinces avec 34 %.[2]



Selon le niveau de revenu

On remarque que le tabagisme chez les personnes de quinze ans et plus varie en fonction de leur revenu moyen et est relié à certaines professions en particulier. Nos programmes et services doivent donc nécessairement être adaptés au niveau socio-économique et au profil des gens.

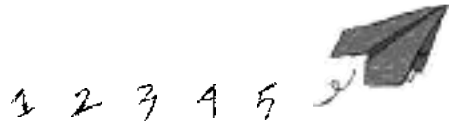
L'objectif actuel dans les priorités nationales de la santé publique est de diminuer à 28% la prévalence du tabagisme dans la province d'ici 2002.

L'évolution des taux de tabagisme de 1985 à 1996 montre une légère (et lente) tendance à la baisse malgré une stabilisation entre 1990 et 1993. L'objectif actuel dans les priorités nationales de la santé publique est de diminuer à 28% la prévalence du tabagisme dans la province d'ici 2002.[3]

Selon la profession

Chez les élèves du secondaire, la tendance est malheureusement à la hausse. Or si, d'un côté, nous sommes très efficaces à inciter les adultes à cesser de fumer, encore faut-il que les jeunes cessent de commencer. Présentement, les jeunes qui commencent à fumer en arrivent à remplacer, dans une proportion à peu près équivalente, ceux qui cessent de fumer ou qui décèdent. Il est donc important de mettre sur pied des mesures

2. NDLR : selon les résultats de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, phase 1*, 1999, le pourcentage de tabagisme au Québec serait descendu à 27,4 % plaçant le Québec au quatrième rang derrière la Nouvelle-Écosse (28,7 %), le Nouveau-Brunswick (27,8 %) et Terre-Neuve (27,7 %). Aucune autre étude n'a toutefois confirmé cette tendance.
3. Voir note précédente.



qui permettent de prévenir l'acquisition du tabagisme chez les jeunes si on veut, en bout de ligne, en arriver à une diminution de la prévalence globale.

Vu cette situation, le Ministère veut d'abord savoir quels sont les services, les interventions ou les mesures qui se sont avérés efficaces pour favoriser l'abandon du tabagisme. On évaluera par la suite la capacité du réseau à les mettre en application.

Vision du groupe de travail par rapport à l'accessibilité des services

> « Les Québécois et les Québécoises ont accès à des services d'appui au renoncement du tabagisme dispensés dans le cadre d'une stratégie articulée, basée sur les preuves et solidement enracinée dans les politiques gouvernementales. »

Cet énoncé reconnaît donc trois éléments fondamentaux dont l'importance d'avoir une stratégie articulée. En effet, si de nombreuses personnes font du travail dans des volets différents, au niveau individuel ou de groupe, il faut essayer de trouver la synergie entre les différentes interventions de façon à maximiser les ressources.

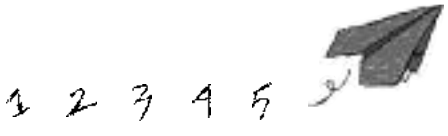
Pouvoir actualiser cette vision serait donc très bien.

Cadre de référence

Nous nous sommes inspirés des étapes d'abandon du tabagisme proposées par Prochaska et DiClemente (*préréflexion, réflexion, préparation, action, maintien* et *rechute*). À chacune de ces étapes correspondent des besoins qui doivent être comblés afin de favoriser le cheminement du fumeur d'une étape à l'autre. Dans un premier temps, nous avons identifié les mesures, les interventions et les services qui pourraient combler ces besoins. Dans un deuxième temps, nous déterminerons les responsabilités de mise en œuvre qui relèvent des niveaux national, régional et local.

Services, interventions et mesures explorées

Nous avons essayé de regrouper les étapes du changement en deux blocs, les étapes de « pré-action » ou ce qui se passe dans la tête des gens, et les étapes « d'action » qui comprennent les phases d'*action* et de *maintien*. Nous avons aussi étudié des mesures environnementales car un environnement favorable est essentiel à l'adoption d'un nouveau comportement.



1. Le dépistage et le *counselling* bref

Le dépistage et le *counselling* bref agissent autant dans les étapes de pré-action que d'action puisque si 100 % des bénéficiaires sont dépistés, il y aura des gens dans les deux volets, soit pour renforcer, soit pour conscientiser l'individu. Le dépistage consiste à dépister systématiquement le statut de fumeur chez tout bénéficiaire, que ce soit au niveau du médecin, du pharmacien, du dentiste, de l'infirmière, de l'inhalothérapeute ou autre personnel de la santé. Il serait très important de dépister le tabagisme à chaque occasion de soin, de conseiller de cesser de fumer, de motiver ceux qui ne le sont pas (75 % des fumeurs pourraient être relativement motivés à cesser de fumer) et de référer aux services pertinents ceux qui ont besoin de thérapies plus intensives. Il est également important d'offrir un suivi.

2. Les services d'information et de références

Les services d'information et de références se situent dans les étapes de pré-action. Ils pourraient être utiles pour des gens qui veulent savoir ce qui existe ou ce qu'ils devraient faire, ou qui veulent se faire un plan de cessation. Par exemple, ce pourrait être une nouvelle ligne téléphonique sans frais ou une ligne déjà existante comme Info-santé, Drogue : Aide et Référence ou autre. Ce service permettrait d'offrir aux gens certains renseignements, de les aider à identifier le stade du changement dans lequel ils se situent et les besoins spécifiques qui y sont associés dans un processus de *counselling* qui ne dure pas plus de dix minutes.

3. Les concours de type « Quit and Win »

Les fameux concours de type « Quit and Win » (celui de l'Outaouais s'appelle *Le 1er mars, j'arrête!*) sont des concours très utiles pour aider les gens à passer de la *préparation* à l'*action*. Selon la littérature scientifique, un concours bien fait peut recruter de 0,5 % à 1,5-2,0 % des fumeurs. Au Québec, il y a un peu plus de deux millions de fumeurs[4] donc cela ferait quand même beaucoup de monde. Chez ceux qui s'inscrivent, le taux d'efficacité est de 15 à 20 %, ce qui représente une approche extrêmement efficace qui est d'ailleurs en voie d'élaboration présentement[5].

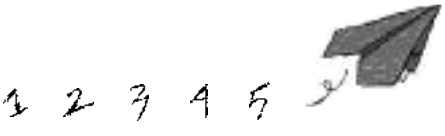
4. Les thérapies de sevrage

Les thérapies de sevrage (gomme, timbres, Bupropion) aideront les gens qui sont en phase d'*action*. Il est important qu'elles soient associées au *counselling* bref ou intensif car une combinaison des deux approches offre un taux d'efficacité de beaucoup supérieur.

---

4. Selon les derniers chiffres de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada,phase 1*, 1999, qui mentionnent 27,2 % de fumeurs de 18 ans et plus au Québec, on parlerait maintenant plutôt de 1 563 100 fumeurs.

5. NDLR : le *Défi « J'arrête, j'y gagne!* » organisé par le Groupe ACTI-MENU, en collaboration avec de nombreux partenaires, s'est déroulé du 1er mars au 11 avril 2000.En tout, 20 425 participants se sont inscrits à la première édition de cet événement populaire tenu à la grandeur du Québec,soit 1,3 % des fumeurs de 18 ans et plus.



5. Le *counselling* intensif

Le *counselling* intensif aidera les gens en phase de *préparation* et d'*action*. Ici, nous parlons du *counselling* individuel (téléphonique ou face à face) et du *counselling* de groupe.

6. Les outils autodidactes

Les outils autodidactes qu'on a déjà beaucoup utilisés (dépliants, vidéocassettes, etc.) se sont montrés inefficaces si utilisés seuls. Associés à d'autres interventions efficaces, ils montrent leur utilité. Par exemple le dépistage et le *counselling* associés à des outils autodidactes seraient excellents et même nécessaires.

7. Les mesures environnementales

- « dénormaliser » l'usage du tabac;
- restreindre la publicité et la commandite;
- restreindre l'accessibilité aux mineurs;
- interdire de fumer dans les lieux publics et de travail;
- diminuer la facilité d'accès au tabac en matière de prix;
- rendre accessibles les services d'abandon du tabagisme.

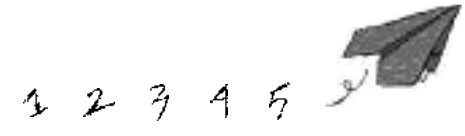
L'accès à une organisation de services de santé qui intègre des services de dépistage, de *counselling* et de traitement couplée aux autres mesures législatives et fiscales favorise la création d'un environnement favorable à l'abandon du tabagisme.

Le travail en atelier

La grille qu'on vous remettra présente la liste des interventions, des mesures et des services étudiés de même que le nombre de bénéficiaires potentiels du service en fonction des étapes d'abandon du tabagisme. La population de fumeurs est distribuée en nombre et en pourcentage selon les étapes du changement (*préréflexion, réflexion, préparation* et *action*).

Pour chacun des services, nous avons estimé un taux d'utilisation par la population. Nous avons par la suite appliqué le taux d'efficacité rapporté dans la littérature selon trois types d'évidences mais qui sont surtout basés sur les conclusions de l'AHCPR[6] (beaucoup de lignes directrices sont maintenant basées sur les résultats de cette analyse). À noter que le taux d'efficacité utilisé est le « taux marginal » d'efficacité, c'est-à-dire la différence entre le taux obtenu chez le groupe expérimental et le taux obtenu chez le groupe contrôle. Les taux d'efficacité sont beaucoup plus bas que ce à

6. NDLR: L'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) a émis des lignes directrices qui identifient les approches de cessation du tabagisme qui offrent les meilleurs résultats (Smoking Cessation Guidelines).



quoi on s'attend normalement, mais attention : c'est la différence entre mettre en œuvre ce service et ne pas le mettre en œuvre, c'est la contribution du service en l'absence de service où on note quand même des taux d'efficacité.

Vous pouvez ensuite utiliser le même cadre de référence pour calculer l'impact d'un certain service dans votre région (estimé du nombre d'ex-fumeurs produits par l'implantation du service dans votre région). Par exemple, si un service X est accessible à un nombre de bénéficiaires potentiels BP avec un taux d'utilisation TI et un taux d'efficacité TE, quel sera le nombre d'ex-fumeurs (Impact) produits grâce à l'implantation de ce service dans la région?

Réponse : BP * TI * TE = Impact.

Exemple : 80,000 bénéficiaires potentiels * 30 % (pourcentage d'utilisation) * 10 % (pourcentage d'efficacité) = 2,400 (ex-fumeurs produits par le service mis en place).

Les interventions individuelles sont importantes mais elles ont peu de chance d'avoir un impact marqué sur la prévalence globale du tabagisme. Si vous êtes efficace à 100 % sur quelques bénéficiaires, l'impact sera moindre que si vous avez un faible taux d'efficacité sur l'ensemble de la population.

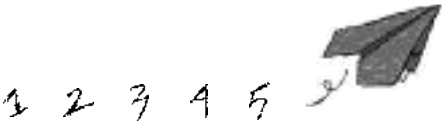
Importance d'une approche auprès d'une large population

Les interventions individuelles sont importantes mais elles ont peu de chance d'avoir un impact marqué sur la prévalence globale du tabagisme. Si vous êtes efficace à 100 % sur quelques bénéficiaires, l'impact sera moindre que si vous avez un faible taux d'efficacité sur l'ensemble de la population. Il est donc important de penser « approche *populationnelle* » et considérer l'impact du dépistage fait par l'ensemble des professionnels de la santé plutôt que par un seul. Il faut convertir le pourcentage d'efficacité en nombre de bénéficiaires potentiels. C'est ce qui compte sur le plan *populationnel* .

Cinq services performants

Avec les chiffres actuels (mais sous toute réserve), on peut vous dire qu'il y a cinq services qui produisent un grand nombre d'ex-fumeurs :

- le *counselling* téléphonique proactif référé où les professionnels dépistent et demandent à la personne si oui ou non elle est intéressée à cesser de fumer, si elle a besoin d'aide et si elle accepterait qu'une personne l'appelle pour l'aider. Si la personne dit oui, c'est une personne proactive référée et ça donne des taux de succès assez élevés;
- l'augmentation du prix des cigarettes (*l'abordabilité*) où une augmentation de 10 % du prix réel des cigarettes devrait produire une diminution de 4 % de la consommation de tabac;
- l'application du chapitre II de la *Loi sur le tabac* qui sera en vigueur le 17 décembre 1999 entraînerait une diminution du tabagisme chez 5 % des fumeurs exposés à l'interdiction de fumer dans leurs lieux de travail;
- le dépistage;
- le financement éventuel des thérapies comportementales et des aides pharmacologiques.



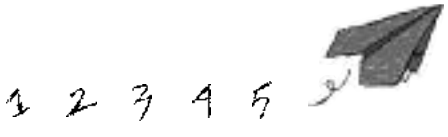
Il faut se souvenir que tout cela fait partie d'un cadre, d'un ensemble qui doit se discuter au niveau de la prévention, de la cessation et de la protection. Donc, il faut avoir une approche intégrée et tenir compte de ce qui fonctionne. Au niveau de la cessation, comment éviter que les jeunes commencent à fumer pour qu'on le remarque sur l'impact global? Certaines interventions sont davantage de nature nationale, d'autres sont de nature régionale ou locale. Il faut donc être conscients des responsabilités nationales, régionales et locales qu'elles sous-tendent.

Les conditions de succès

Si une stratégie et des orientations sont adoptées, il faudra identifier quelles sont les conditions de succès de la mise en œuvre des services. Par exemple :

- une bonne formation des dispensateurs de services (ce qui se fait de plus en plus actuellement);
- la disponibilité d'une expertise-conseil pour supporter les intervenants à la mise en œuvre de la stratégie;
- la disponibilité du matériel;
- l'intégration d'une évaluation dans les services et d'une rétroaction rapide;
- la recherche et le développement, particulièrement chez les adolescents (il existe très peu de résultats de recherche sur les éléments qui ont un impact sur la prévention ou la réduction du tabagisme chez les jeunes. La cessation du tabagisme chez cette clientèle n'est pas une idée facile à faire accepter car les adolescents croient qu'ils pourront cesser plus tard);
- finalement, un financement adéquat.

Si nous y croyons, c'est un important défi que nous devons et que nous pouvons relever ensemble.



Intervention auprès de patients fumeurs hospitalisés : mesures et stratégies développées

Martine Gilbert
Agente de programme, Direction de la santé publique du Bas Saint-Laurent

***Martine Gilbert** est attitrée au dossier régional sur le tabac depuis 1995 mais œuvre dans le réseau de la santé publique depuis 1979, ayant travaillé dans des dossiers de nutrition et de santé du cœur. Le projet présenté ici a nécessité deux années de travail.*

Le projet réalisé dans le Bas Saint-Laurent n'est pas un projet de recherche mais vraiment un projet d'intervention où le D^r^ Alain Vanasse a été un précieux collaborateur. J'aimerais aussi souligner la contribution de Hoescht Marion Roussel.

Pour mettre en œuvre le projet, on a tenu compte de plusieurs éléments.

Considérants de base

Les fumeurs sont souvent difficiles à rejoindre et en ce sens, nous trouvions le secteur hospitalier intéressant. Nous avions calculé qu'un potentiel de 7 000 fumeurs par année passaient dans le réseau. Nous trouvions aussi que c'était un milieu intéressant pour rejoindre les médecins et les professionnels de la santé qui gravitaient autour des fumeurs. De plus, nous avions une abondance de preuves pour justifier l'intervention. Dans la littérature, on observait une histoire naturelle de l'abandon du tabac à la suite de l'hospitalisation. Nous avons tenu compte aussi des recommandations américaines qui précisaient entre autres des politiques hospitalières. De plus, un projet pilote, qui avait été réalisé au Centre hospitalier (CH) du Grand Portage à Rivière-du-Loup et qui avait été retenu comme une bonne intervention sur le plan régional, nous a aidé en nous proposant des pistes à suivre. En effet, sans reprendre le projet comme tel, nous savions où y apporter des améliorations.

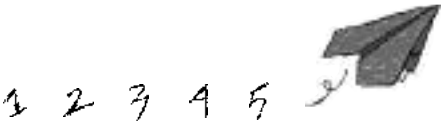
Dans la littérature, on observait une histoire naturelle de l'abandon du tabac à la suite de l'hospitalisation.

L'objectif du projet était d'offrir à tous les patients fumeurs hospitalisés de l'aide à la cessation.

L'objectif du projet était d'offrir à tous les patients fumeurs hospitalisés de l'aide à la cessation.

Conditions de réussite

- Qu'une personne soit affectée au projet ou en soit responsable dans chaque CH.
- Que soit mis en place un système d'identification de tous les fumeurs.
- Que soient systématiquement offertes de l'aide à la cessation et une thérapie de sevrage (en particulier le timbre).
- Que l'on donne l'assurance d'un suivi à court terme après l'hospitalisation.



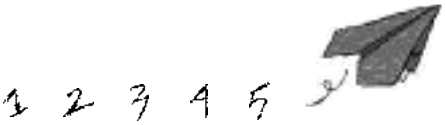
- Qu'il y ait une aide financière.
- Que l'on s'assure de l'implication des médecins.

Démarche régionale

Nous voulions implanter de l'aide à la cessation dans chacun des six hôpitaux de la région. Bien que les CH étaient un peu disparates (taille, clientèle et fonctionnement différent), nous voulions quand même offrir un service uniforme. Nous avons commencé à l'été 1997, en période de coupures, en prenant contact avec les directions des soins infirmiers pour leur présenter nos considérants et nos conditions de réussite qu'elles ont acceptés. Nous avons présenté le budget, assuré la formation des personnes-ressources et fourni des timbres à la nicotine avec l'heureuse contribution de Hoescht Marion Roussel. Un protocole d'ordonnance permanente a été élaboré. On a soutenu les plans d'interventions par des rencontres regroupant tout le monde, deux fois par année. La formation médicale a été dispensée grâce au D^{r} Alain Vanasse qui a d'abord fait une tournée des six CMDP et a ensuite donné des ateliers de formation. Hoescht Marion Roussel a aussi été très appréciée pour la logistique. Dernièrement, nous avons conçu un petit logiciel (qui n'est pas encore tout à fait au point) pour compiler toutes les données. Parallèlement à cela, nous avons contribué à l'implantation de politiques pour CH sans fumée en faisant la promotion de la *Loi sur la protection des non-fumeurs*. Cinq des six hôpitaux avaient intégré les projets en incluant de l'aide pour les employés fumeurs.

Plans d'action en CH

Leur concrétisation s'est faite différemment selon les endroits mais partout, nous avions une personne-ressource identifiée. Ainsi, nous avons eu quatre infirmières en médecine de jour et deux inhalothérapeutes. Les pharmaciens ont aussi été très présents dans le milieu et agissaient vraiment aussi à titre de personnes-ressources. On demandait aux personnes-ressources identifiées d'intégrer les conditions de réussite dans leur démarche en CH : elles ont rencontré le personnel sur les unités ou sur l'unité (dans le cas des petits CH qui n'ont qu'une unité de courte durée); elles ont vu à l'implication de la pharmacie pour les timbres, au protocole d'ordonnance permanente, à la mise en place d'un système de dépistage du fumeur, elles ont adapté un outil selon les Stades du changement de Prochaska et utilisé du matériel de Hoescht Marion Roussel. Généralement, l'intervention auprès du fumeur participant durait de 30 à 45 minutes. Il y avait une rencontre, puis un suivi téléphonique qui comprenait environ deux à quatre appels qui suivaient d'assez près la sortie du patient mais qui étaient réalisés quand même selon ses besoins. Le tout se terminait par une compilation des données.



Facteurs *facilitants*

- Réception positive des directeurs et directrices des soins infirmiers.
- Allocation budgétaire de la Régie régionale et matériel fourni par la compagnie pharmaceutique.
- Complémentarité avec l'implantation du programme de prévention des MCV (à chacun des endroits, il y avait donc un médecin identifié aux facteurs de risque des MCV dont le tabac).
- Intégration du projet à une politique sur l'usage du tabac bien que cela n'avait pas été prévu; les CH ont profité du matériel et des ressources pour y aller avec le projet *Hôpital sans fumée*, ce qui a donc aidé à démarrer les choses.
- Formation médicale, collaboration des pharmaciens et échange entre les CH ont contribué à installer une dynamique et à faire avancer les choses.

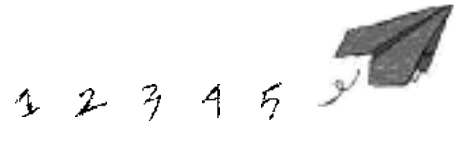
Facteurs contraignants

- Tous ne partent pas en même temps et n'ont pas la même organisation. Le dépistage des fumeurs n'est pas toujours évidents, surtout pour les gros CH.
- Surcharge de travail sur les unités.
- Roulement du personnel et départ des personnes-clés (dans deux CH sur six).
- Mauvaise information, au début, pour certains médecins face à l'utilisation du timbre.
- Clientèle plus âgée dans des petits CH et peut-être moins dans la clientèle visée.
- Temps requis avant que tous les morceaux soient en place; or tout le monde n'arrive pas nécessairement à la même place en même temps.

Quelques constats

Il y a des variantes entre les six CH :

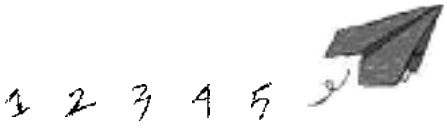
- le protocole d'ordonnance permanente, qui a été accepté dans un CH, est encore au comité de pharmacologie dans un autre et a été refusé dans les autres. Chacun a son fonctionnement propre;
- l'utilisation du timbre convient mieux à une clientèle plus jeune, dans les plus gros hôpitaux, car il semble y avoir plus de réceptivité et moins de contre-indications;
- la formule de dépistage et l'offre systématique au fumeur ne sont pas faciles, particulièrement dans les gros hôpitaux; on sait que l'on a une perte de clientèle;



- une fois qu'on a dépisté le fumeur, en général il est content de participer, et on nous a rapporté que la réceptivité à l'intervention était bonne. En moyenne, un fumeur sur deux acceptait de l'aide et, selon le milieu de l'hôpital, de 25 à 75 % des participants acceptaient le timbre. De plus, les suivis téléphoniques étaient appréciés.

Perspectives

Jusqu'à présent, la direction des CH maintient son intérêt. Par contre, il faudra penser à la façon dont on pourra continuer à fournir les timbres.



Le 1er mars, j'arrête! Expérience d'un concours pour aider les fumeurs à passer à l'action

Normand Trempe
Coordonnateur du service de planification en santé publique
Direction de la santé publique de l'Outaouais

Après avoir complété un baccalauréat en sociologie à l'Université Laval et une maîtrise en sociologie à l'Université d'Ottawa, ***Normand Trempe*** *a travaillé quelques années en éducation au Québec et en Amérique du Sud, puis trois ans dans le réseau québécois des services sociaux. Il travaille depuis 20 ans dans le réseau québécois de la santé publique. D'abord à titre d'agent de recherche, il a pris la responsabilité de l'équipe de recherche de la Direction de la santé publique de l'Outaouais auquel s'est ajouté, il y a quelques années, tout le secteur de la prévention et de la promotion de la santé. Il a aussi siégé à de nombreux comités régionaux,québécois et canadiens et a exercé la présidence de la concertation québécoise en connaissance et surveillance de l'état de santé durant deux ans.*

Le concours *Le 1er mars, j'arrête!* est une expérience qui a été répétée en Outaouais sur une période de cinq ans, de 1995 à 1999. Je voudrais souligner que l'initiateur de ce projet et celui qui l'a démarré est monsieur Donald Déry.

Les objectifs du concours

- Créer une opportunité pour des fumeurs afin qu'ils essaient, dans beaucoup de cas, à nouveau, et dans certains cas, pour une première fois, de cesser de fumer.
- Les amener à maintenir leur intention de ne pas recommencer après 30 ou 31 jours sans fumer.
- Créer un *momentum* pour sensibiliser l'ensemble de la population aux méfaits du tabac, à la possibilité de cesser de fumer et à la possibilité de le faire avec l'aide de quelqu'un.

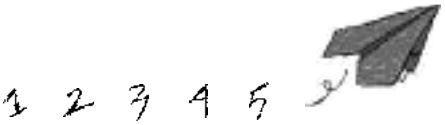
Les facteurs de succès

- Répétition du même concours avec le même titre, cinq ans de suite, aux mêmes dates (c'est toujours *Le 1er mars, j'arrête!*).
- Lancement du concours lors de la *Semaine québécoise sans fumer*, en janvier, où on faisait une sensibilisation de masse aux méfaits du tabac .
- Présence de deux supporteurs qui doivent absolument accompagner la personne qui s'est inscrite au concours.
- Établissement de liens très étroits,dès le départ, avec un grand nombre d'entreprises et avec les réseaux de l'éducation et de la santé, donc réalisation d'envois personnalisés auprès de tout notre réseau.
- Bon réseau de publicité, appui des médias locaux, régionaux, postes de radio, de télévision, journal *Le Droit* du côté d'Ottawa qui couvre évidemment en même temps le côté québécois.
- Très bon réseau de distribution avec 4 550 affiches, 75 000 dépliants, une association avec la Banque Royale qui a duré quatre ans et avec les caisses populaires au cours de la dernière année.

[Un des objectifs du concours était de] créer un **momentum** pour sensibiliser l'ensemble de la population aux méfaits du tabac, à la possibilité de cesser de fumer et à la possibilité de le faire avec l'aide de quelqu'un.

Les conditions majeures de réussite

- Investissement en ressources humaines, matérielles et financières important : agente de communication environ trois mois, secrétariat, imprimerie, publicité,



courrier et des prix dont une partie sont couverts à même les fonds de la Direction de santé publique.
- Dons de compagnie, 10 000 $ à 12 000 $ annuellement, des compagnies recrutées sur une base régionale; un premier prix qui nous vient depuis cinq ans d'un concessionnaire Toyota, une auto fournie gratuitement pour un an.
- Association avec l'Unité sanitaire Ottawa-Carleton pour les deux derniers concours, ce qui nous permettait des économies d'échelles et un accès à la publicité du côté ontarien où travaillent un grand nombre de résidents du Québec.

Les retombées

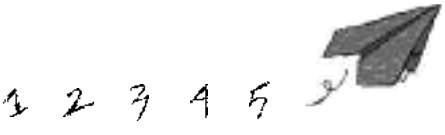
En 1995, 1 923 fumeurs se sont inscrits. Ils ont été 1 700 en 1996, 1 600 en 1997 (une baisse non dramatique), 2 200 en 1998, en collaboration avec Ottawa-Carleton (2 200 aussi du côté de l'Ontario) et en 1999, 2 500 au Québec et 2 000 du côté ontarien. À noter que le concours est connu, reconnu et attendu annuellement dans la région maintenant. Selon une évaluation qui avait été faite lors de la première année (et qu'on ne peut malheureusement pas se permettre tous les ans), après huit mois, 25 % des personnes inscrites étaient toujours non fumeuses ou l'étaient redevenues dans certains cas; il y avait donc 25 % des personnes qui ne faisaient plus usage du tabac.

Les gains obtenus par l'association avec Ottawa-Carleton ont été les suivants :
- publicité plus étendue en anglais et en français (même les médias francophones du côté ontarien étaient plus intéressés);
- plus grande visibilité pour les diffuseurs et les commanditaires;
- plus grande visibilité dans les milieux de la fonction publique fédérale et ailleurs du côté d'Ottawa (il ne faut pas oublier que 40 000 Québécois traversent tous les matins pour travailler du côté d'Ottawa).

Conclusion

Pour nous, la mise en vigueur de la loi 444 justifie encore plus actuellement un événement majeur comme le concours. Elle rend encore plus nécessaire la présence d'aide à la cessation qui s'ajoute au concours parce que ça fait partie des attentes qui nous sont manifestées et des besoins exprimés autant par des individus que par des compagnies. Les entreprises étant déjà sensibilisées aux méfaits du tabagisme apprécient recevoir les deux types de support : la publicité que l'on fait chez eux sur le concours et l'aide qu'on peut leur apporter pour favoriser la cessation.

Un autre facteur important est l'éventualité d'un concours national. Pour nous, l'implication des commanditaires et annonceurs locaux est associée à la visibilité qu'un concours leur apporte. Un concours national pourrait peut-être rebuter certains annonceurs locaux si on les sollicite. Les liens étroits qui sont développés avec les entreprises dépendent évidemment de la proximité géographique et du contact personnalisé qu'on a pu faire à travers les années. On espère voir réapparaître l'affiche encore cette année sur tous les murs de l'Outaouais.



J'arrête? C'est possible... Bilan d'une campagne pour motiver ceux qui n'ont pas l'intention de cesser de fumer

Mario Bujold
Directeur général, Conseil québécois sur le tabac et la santé

__Mario Bujold__ œuvre depuis 22 ans dans les domaines de la communication, de la promotion de la santé et de la gestion. Il travaille depuis plus de 15 ans à prévenir et réduire le tabagisme au Québec. Au cours des quatre dernières années, il a notamment coordonné la campagne annuelle de sensibilisation de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac. *Il est également l'auteur de divers documents d'information favorisant la réduction du tabagisme.*

De manière générale, on s'attend à ce qu'une campagne comme la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* essaie de convaincre ceux qui sont prêts à passer à l'action, dans ce cas-ci les fumeurs qui voudraient cesser de fumer. Or en janvier 1999, l'objectif était tout autre : la campagne ciblait les fumeurs en *préréflexion* et en *réflexion*.

Cette campagne avait pour objectif de faire réfléchir à leur dépendance les fumeurs qui n'ont pas décidé de cesser de fumer et de les amener à évaluer cette possibilité.

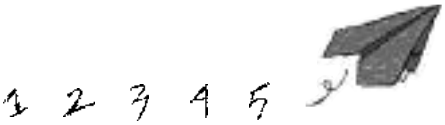
Cette campagne avait pour objectif de faire réfléchir à leur dépendance les fumeurs qui n'ont pas décidé de cesser de fumer et de les amener à évaluer cette possibilité.

Notre action se composait de trois grands éléments :

- Un travail de **concertation** et de **partenariat**. La campagne regroupait 23 organismes de santé et d'éducation dont le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens, l'Ordre des infirmières, les directions de santé publique, la Société canadienne du cancer, etc.
- Des **supports visuels** qui comprenaient une affiche et un dépliant qui lui, visait plus à fournir aux fumeurs l'occasion de faire une réflexion.
- Un volet **publicité** incluant une campagne médiatique à l'intérieur de laquelle on retrouvait le porte-parole de la campagne, Pierre Légaré, choisi parce qu'il était fumeur et qu'on s'adressait aux fumeurs. La campagne médiatique combinait une approche de relations de presse auprès de l'ensemble des médias et des hebdos régionaux (matériel de presse et publicité), un panneau publicitaire diffusé dans 1 650 autobus de six sociétés de transport et des messages humoristiques envoyés à toutes les stations de radio de la province.

Choix du concept

Puisque nous savions qu'il n'était pas évident de rejoindre les fumeurs en *réflexion* et en *préréflexion*, sept concepts visuels fort différents ont été testés auprès de deux *focus groups* composés de fumeurs. Le résultat de cette consultation nous a permis d'apprendre que les fumeurs avaient une préférence pour un message simple. L'image retenue pour la campagne n'a pas une conception graphique complexe, elle comporte peu de couleurs, elle est vraiment dénudée mais les fumeurs trouvaient le message clair.



Bien que le visuel faisait un peu « déjà vu », les fumeurs le trouvaient plus efficace que d'autres concepts plus originaux. De plus les fumeurs consultés ne voulaient pas d'un message (et du symbole) d'interdiction de fumer. Autre détail intéressant : le concept initial comprenait un point d'exclamation à la fin du mot « J'arrête! »; dans les *focus groups*, les fumeurs ont dit qu'ils n'étaient pas prêts à affirmer à ce point leur décision de cesser de fumer et qu'ils préféreraient un point d'interrogation. Les changements ont été faits en ce sens. « J'arrête? » comportait un sous-titre : « C'est possible... ». Les deux, ensemble, composaient le slogan de la campagne. Dans le concept original c'était « J'arrête, c'est pour la vie! » où le terme « vie » avait deux sens possibles : ta vie à toi, et la vie (durée) mais les fumeurs ne voulaient pas aller aussi loin. L'exercice de validation du concept s'est donc révélé très utile parce qu'il a permis de préciser davantage le message de la campagne.

Les résultats de la campagne

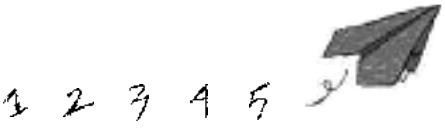
Un porte-parole crédible (notamment parce qu'il était fumeur), humoriste et aimé du public a beaucoup favorisé l'atteinte de nos objectifs. Le thème de la campagne a été largement diffusé dans plus de 30 000 entreprises et organismes : 48 000 affiches, 258 000 dépliants (qui ont dû être réimprimés), un site Internet mis sur pied par Info-tabac (qui a été fréquenté par 10 000 visiteurs), une bonne couverture médiatique avec 119 articles,113 hebdos qui ont publié notre publicité et nos articles (tirage total de 3 000 000 de copies), large diffusion aussi dans les autobus des sociétés de transport et par les messages radio.

Leçons à tirer de la campagne

- La sobriété de l'affiche a beaucoup contribué au succès de la campagne. Trois fois plus de demandes de matériel ont été reçues à cette occasion comparativement à l'année précédente.
- Le partenariat avec 23 organismes a été une grande force.
- Le choix d'un porte-parole qui est un fumeur pour parler aux fumeurs est très crédible; ça développe un sentiment d'appartenance.
- Le ton utilisé était tout à fait adéquat : empathique, humoristique, de « gros bon sens ». Ce ton en a surpris plusieurs au départ, autant les médias que le public, mais cela les a rassurés lorsqu'ils ont réalisé que Pierre Légaré pouvait parler comme fumeur et en même temps passer des messages qui suscitaient la réflexion. L'humour a été un bon véhicule pour parler de choses « sérieuses ».

La campagne [...] a démontré que l'on pouvait vraiment susciter une réflexion chez les fumeurs même s'ils ne sont pas prêts à arrêter de fumer, sans pour autant créer chez eux de culpabilité ou de sentiments contraires.

En conclusion, un porte-parole crédible a permis plus d'ouverture au niveau des médias. Cela a été un élément clé dont on devrait tenir compte lorsqu'on se demande comment intéresser les médias à nos campagnes. La campagne de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 1999* a démontré que l'on pouvait vraiment susciter une réflexion chez les fumeurs même s'ils ne sont pas prêts à arrêter de fumer, sans pour autant créer chez eux de culpabilité ou de sentiments contraires.



Quand les travailleurs de la construction s'en mêlent…

Chantal Gosselin
Conseillère d'orientation et pratique,
Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec

Chantal Gosselin *travaille à la Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec,à l'Hôpital Laval, depuis 1996. Elle est praticienne qualifiée en hypnose éricksonnienne et a suivi plusieurs séminaires en Thérapie d'Impact.Madame Gosselin intervient auprès des individus et des groupes qui désirent cesser de fumer. Elle a développé de nombreux outils d'intervention en cessation du tabagisme. Elle agit aussi à titre de formatrice en* counselling *tabagique minimal pour les professionnels de la santé.*

Un projet pilote est en ce moment en cours à la Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec. En effet, la Clinique a été mandatée par le Groupe Pro Santé pour offrir des services de cessation aux travailleurs de l'industrie de la construction qui sont assurés par Médic Construction (Commission de la construction du Québec).

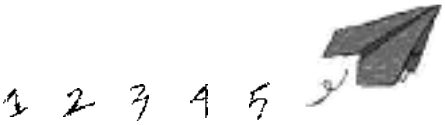
Ce qui rend le projet spécial est que les interventions sont entièrement téléphoniques. C'est un programme intensif sans aucune rencontre face à face. Les gens reçoivent l'information sur le programme par la poste et par la suite, s'ils sont intéressés et veulent avoir de l'information, ils contactent la ligne « Construire en santé » dédiée aux travailleurs de la construction et à leurs familles. C'est l'infirmière de la ligne qui fait l'évaluation au niveau de l'admissibilité et du questionnaire.

Ce qui rend le projet spécial est que les interventions sont entièrement téléphoniques. C'est un programme intensif sans aucune rencontre face à face.

Admissibilité

L'infirmière demande à la personne qui appelle si elle a reçu un diagnostic pour un des problèmes de santé suivants : maladie cardiovasculaire, hypertension, dyslipidémie ou maladie du système respiratoire. Le programme n'est pas offert actuellement aux gens qui n'ont pas de problèmes de santé mais peut-être que ce sera le cas éventuellement. L'infirmière s'informe ensuite sur leur degré de préparation à fournir les efforts requis. Les gens sont donc informés dès le départ des efforts qu'ils devront fournir. Dans les cas où les personnes ne sont pas tout à fait prêtes à entreprendre une telle démarche, ce sont les infirmières de la ligne qui leur assurent un suivi.

Toujours dans l'évaluation faite par l'infirmière, il y a un questionnaire qui regroupe les thèmes suivants : l'histoire tabagique, la dépendance, la méthode utilisée, l'aide pharmacologique, bref, la personne fume depuis combien de temps, combien de cigarettes, est-ce qu'elle a déjà utilisé des méthodes individuelles, de groupe, l'hypnose, l'acupuncture et ces méthodes ont-elles fonctionné ou pas? Cette évaluation permet à l'intervenant de la Clinique d'avoir une idée générale du type de personne qu'il va appeler avant même de faire la première entrevue. D'ailleurs, le questionnaire est envoyé par courriel à l'intervenant de la Clinique qui se chargera d'appeler les per-



sonnes. À ce sujet, des mesures de sécurité sont en place pour assurer la confidentialité des données.

Le programme compte quatre consultations d'une durée de 40 à 50 minutes avec deux appels de suivi après un mois et trois mois pour aider à la prévention des rechutes. Les interventions sont adaptées au besoin des personnes comme c'est le cas dans les programmes en clinique spécialisée. On utilise d'ailleurs les mêmes processus d'intervention.

Les défis

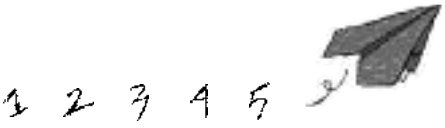
- L'absence de contact visuel. On a besoin de beaucoup d'exemples, beaucoup d'éléments auxquels les gens peuvent se raccrocher pour s'assurer qu'ils ne décrochent pas pendant la période de 40 à 50 minutes au téléphone. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les gens sont intéressés parce que c'est facile, il y a le contact et l'anonymat.
- Les références à donner lorsqu'on ne connaît pas les ressources disponibles dans l'environnement de la personne. Par exemple, à Baie-Comeau, si on ne connaît personne (ni médecin, ni psychologue, ni pharmacien) à qui les référer, on doit vraiment faire un lien pour que la personne se trouve des ressources si elle a besoin d'aide supplémentaire. Il faut vraiment travailler fort avec la personne pour s'assurer qu'elle ira chercher les ressources nécessaires.
- Les rendez-vous oubliés. Les gens oublient plus pendant la période estivale car ils sont en camping, au golf. C'est aussi la période où les travailleurs de la construction travaillent davantage. On a donc envoyé des lettres à la fin août - début septembre pour rappeler aux gens qu'il y avait encore des rencontres disponibles dans leur programme; les gens rappellent et peuvent ainsi être aidés.

Beaucoup de gens disent que s'ils avaient à se déplacer, ils n'iraient pas [suivre un programme]. Donc peu importe où ils se trouvent au Québec, ils ont accès au service.

Le bilan

C'est un programme flexible au niveau des heures de consultation, et accessible. Beaucoup de gens disent que s'ils avaient à se déplacer, ils n'iraient pas. Donc peu importe où ils se trouvent au Québec, ils ont accès au service. Ensuite, c'est un programme confidentiel. Parce qu'on ne voit pas les gens et qu'on ne peut pas les reconnaître sur la rue, ils nous font des confidences très rapidement. Une dame racontait qu'elle devait bientôt être sur l'aide sociale. En face à face, elle aurait tout simplement annulé son rendez-vous. On n'aurait pas eu la possibilité de lui parler et ensuite de l'aider pour qu'elle puisse continuer sa démarche. Cet aspect est donc très intéressant.

Étant donné que c'est un projet pilote, l'évaluation de l'efficacité n'est pas encore faite. On se donne jusqu'en octobre pour évaluer la pertinence et l'efficacité des interventions.



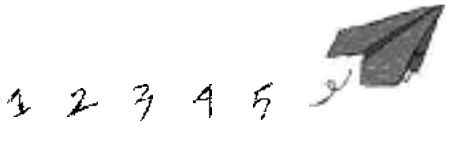
Accessibilité des services d'abandon du tabagisme : consultation réalisée en atelier

Six ateliers comprenant une trentaine d'intervenants chacun ont traité des mesures de cessation du tabagisme présentées dans le document de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Au cours de chaque atelier, l'animateur abordait les questions et aspects suivants :

1. présentation de l'extrait du document du MSSS qui propose des priorités d'interventions à discuter en atelier;
2. identification des stades du changement à l'intérieur desquels agissent les interventions retenues pour l'atelier;
3. identification des priorités à accorder aux interventions traitées dans l'atelier dans le contexte du document d'orientation du MSSS;
4. identification des difficultés ou obstacles qui pourraient limiter la mise en œuvre des interventions retenues;
5. conditions nécessaires pour assurer la mise en œuvre des interventions aux niveaux local, régional et provincial.

La réflexion sur le document du MSSS proposée aux participants du colloque a été reçue de manière différente selon l'intérêt de chacun à discuter d'une stratégie nationale de cessation du tabagisme. Puisqu'une forte proportion des participants étaient des intervenants qui œuvrent principalement au niveau local, il était difficile pour plusieurs d'entre eux de participer à l'exercice selon les objectifs fixés. Par contre, les commentaires qui ont été émis par l'ensemble des participants aux ateliers traduisent souvent une réalité « pratico-pratique » dont il faut particulièrement tenir compte.

Nous n'avons pas rapporté les résultats concernant la répartition des activités selon les stades du changement car l'exercice proposé aux participants n'a pas permis de tirer des conclusions précises.



Atelier 1 : services d'information et de référence pour les fumeurs

Interventions analysées et rang qui leur a été attribué par les participants

1. Service téléphonique d'information et de références (1re priorité)
2. *Counselling* téléphonique proactif en milieu hospitalier (5e priorité)
3. *Counselling* téléphonique proactif référé (3e priorité)
4. *Counselling* téléphonique proactif pour éviter les rechutes* (4e priorité)
5. Site Internet (2e priorité)

* Les participants de cet atelier ont remplacé le *counselling proactif pour femmes enceintes* par le *counselling proactif en clinique pour éviter les rechutes.*

Difficultés ou obstacles à la mise en œuvre des interventions et conditions nécessaires pour une implantation aux niveaux local, régional et provincial

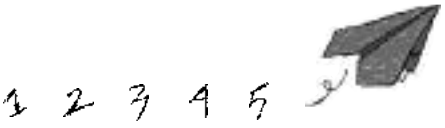
Service téléphonique

Selon les participants de cet atelier, la première intervention identifiée comme prioritaire, le **service téléphonique d'information et de références**, a été décrite comme un service où l'utilisateur doit composer un numéro de téléphone pour avoir accès soit à des messages enregistrés ou à un intervenant spécialisé. Ce service a l'avantage d'être **facile à utiliser pour tout le monde**, notamment les personnes âgées. L'accessibilité et les coûts d'un service de ce genre sont très avantageux. Par contre, les ressources nécessaires pour ce service peuvent être importantes surtout si l'on veut rendre le service disponible 24 heures par jour.

À ce sujet, les participants à l'atelier ont évalué qu'il n'était **pas pertinent d'offrir un service 24 heures par jour** puisque peu de fumeurs risqueraient d'appeler la nuit. Au **niveau local**, avec les contraintes financières, il n'est **pas nécessaire d'implanter plusieurs petits services téléphoniques** mais on verrait plutôt un service provincial avec éventuellement des répertoires pour les ressources plus locales ou régionales.

Site Internet

Selon les participants à l'atelier, le **site Internet** offre l'**avantage énorme de rejoindre tout le monde**, tous les patients à toutes les étapes ou à tous les stades du changement. De plus il est **facilement accessible**. Les coûts pour l'utilisateur sont des coûts d'accès à l'Internet de 10 $ ou 12 $, ce qui ne représente pas un obstacle majeur. Par contre, le coût d'achat d'un ordinateur est à considérer et peut représenter une limite pour accéder à ce service.



Les coûts pour la mise sur pied et l'entretien d'un site Internet sont peu élevés et très efficients puisque l'information que ce dernier peut offrir est très pertinente, très ciblée et très utile. C'est un service de niveau international donc local, régional et provincial, peu coûteux, (économie de ressources) et d'une accessibilité très élevée. Son degré d'efficience lui a donc remporté la **deuxième place en terme de priorité**.

***Counselling* téléphonique proactif référé et *counselling* téléphonique proactif pour éviter les rechutes**

Deux interventions proactives soit le *counselling* référé à la suite de l'**intervention brève d'un médecin** et le ***counselling* à la suite d'un suivi dans une clinique spécialisée** offrent sensiblement le même avantage d'une grande accessibilité. Le médecin voit tous les patients, donc peut intervenir à chacun des stades du changement. Ces interventions ont pour désavantage de cibler l'ensemble de la population des fumeurs alors que 50 % des patients sont en *préréflexion* et que l'intervention devrait donc se limiter aux autres patients (**donc service plus ou moins efficient**).

[...] les participants à cet atelier suggèrent tout d'abord l'implantation d'un service téléphonique d'information et de références, suivi du site Internet et en troisième lieu de l'intervention proactive [...].

***Counselling* téléphonique proactif en milieu hospitalier**

Le ***counselling* à la suite d'un programme d'intervention en milieu hospitalier n'a pas été retenu comme prioritaire** du point de vue de l'efficience, de sa capacité à rejoindre le plus grand nombre de personnes, de la qualité de l'information transmise et de la pertinence.

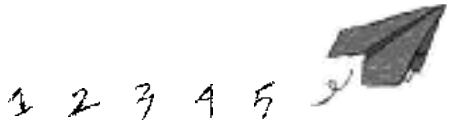
En résumé, les participants à cet atelier suggèrent tout d'abord l'implantation d'un service téléphonique d'information et de références, suivi du site Internet et en troisième lieu de l'intervention proactive; les trois considérations étant le coût, la pertinence de l'information, puis la clientèle ou le nombre de patients potentiels qui pourraient être rejoints.

Atelier 2 : dépistage systématique et *counselling* minimal par les professionnels de la santé

Intervention analysée

Dépistage systématique et *counselling* minimal par les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières, psychologues, inhalothérapeutes et travailleurs sociaux.

En début d'atelier, l'animateur a précisé les objectifs de l'activité qui sont de favoriser l'intégration du concept des Stades du changement dans la pratique des participants ainsi que de participer à l'évaluation des priorités québécoises en matière de cessation du tabagisme.



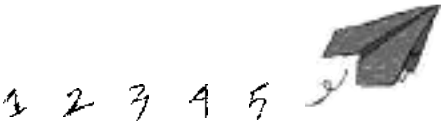
L'animateur a ensuite présenté un extrait du document de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux qui propose des priorités d'interventions en lien avec le dépistage systématique, *counselling* minimal ou bref et l'intervention motivationnelle par les professionnels de la santé. Malgré l'avertissement émis relativement aux taux d'efficacité estimés, quelques participants émettent des réserves sur ces chiffres.

A suivi un échange visant à identifier à quels stades agissent actuellement les interventions retenues pour l'atelier. Les participants ont relevé qu'il est difficile d'identifier selon les groupes de professionnels de la santé à quel stade se situent leurs interventions. Parmi les raisons invoquées, plusieurs réfèrent au peu d'information dont on dispose pour permettre d'identifier la nature exacte des interventions que mènent ces professionnels auprès de leur clientèle respective.

Difficultés ou obstacles à la mise en œuvre des interventions

Ces observations s'adressent à tous les ordres professionnels. Dans les difficultés ou obstacles liés aux stratégies en dépistage systématique et en *counselling* minimal, il y a :

- le **manque de formation des intervenants et du temps** dont ils disposent. Il se peut que les ordres professionnels aient à se sensibiliser. Certains ordres ont peut-être eux aussi à cheminer dans les stades du changement, certains ordres en sont peut-être encore à la *préréflexion* par rapport à ce type de difficulté et de problème;
- une **absence de priorité**, donc il faudrait que les ordres professionnels soient en mesure de prioriser ces secteurs d'intervention. D'après les expériences qui ont été mentionnées par les participants, des tentatives sont déjà faites auprès des médecins, pharmaciens, inhalothérapeutes; donc tout cela est en voie de réalisation mais on doit renforcer ces actions;
- puisque **plusieurs intervenants de la santé fument**, on devrait peut-être commencer par les aider à résoudre leur problème de tabagisme. Ce dernier mine la crédibilité de l'intervention et diminue leur intérêt à transmettre le message;
- la **difficulté à rejoindre tous les intervenants**. Un dentiste qui nous rapportait un sondage dans la Montérégie, soulignait que 30 % des dentistes n'ont pas d'intérêt à traiter du tabagisme avec leurs patients; il y a donc un travail de sensibilisation à faire pour modifier les perceptions des professionnels;
- les membres des ordres professionnels ont un **niveau de connaissances insuffisant de la problématique du tabagisme** et souhaitent que tout cela soit mieux articulé au niveau de la formation. Concernant les coûts de formation et d'implantation, on devrait, dans les mesures proactives tout au moins, permettre de meilleures formations.



Conditions de mise en œuvre aux niveaux local, régional et provincial

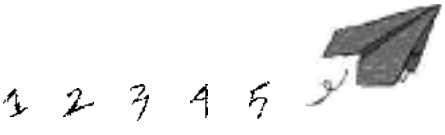
À ce sujet, les participants à l'atelier ont souligné l'importance de la **participation des CLSC** et des cliniques. De même, au niveau des **programmes de maintien à domicile** où souvent les infirmières ont à se présenter et à rencontrer des gens, les participants ont souligné l'importance de **recadrer l'approche auprès des fumeurs en élargissant ce concept à la réalité communautaire**. « L'approche communautaire, ce n'est pas que l'approche dans un CLSC; il y a des pharmaciens communautaires qui travaillent chez Jean Coutu, des médecins qui travaillent dans une approche communautaire ». Les participants voulaient donc départager ce qualificatif et essayer de l'élargir à la communauté, en mettant à contribution les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les inhalothérapeutes, les dentistes, etc.

Les participants ont également dit souhaiter que **chaque médecin pose minimalement une question sur le statut tabagique** de chacun de ses patients. Ils ont mentionné qu'ils croyaient que le médecin joue encore un rôle très important, qu'il est une personne très crédible et que son intervention, même minimale, peut contribuer à aider le travail des autres professionnels de la santé comme les infirmières ou les inhalothérapeutes.

Au chapitre de la formation, il est souhaité que les curriculum de cours en sciences de la santé (collégial et universitaire) puissent **intégrer des activités de sensibilisation en lien avec la cessation tabagique et les stades du changement**. Cette préoccupation relative à la formation devrait être aussi présente au sein des ordres professionnels et se concrétiser par la tenue d'activités de sensibilisation et d'approfondissement ainsi que par le développement d'outils d'évaluation standardisés. Les participants ont trouvé que **les activités comme le colloque d'aujourd'hui sont importantes et nécessaires** de même que la conception d'outils adaptés et standardisés pour qu'on puisse adopter un même langage, pour qu'une personne puisse, dans ses relations d'aide avec les professionnels de la santé, **être en mesure de toujours recevoir le même niveau de bagage éducatif** avec les mêmes balises, les mêmes références. Il semble que les intervenants aient parfois des difficultés à bien suivre.

Il semble aussi y avoir un besoin de travailler en multidisciplinarité, donc en collégialité, et de ne pas cloisonner. C'est un des aspects que les participants reprochaient au modèle des Stades du changement

Au niveau provincial, la formation des membres par les associations est encore présente. Il semble aussi y avoir un besoin de **travailler en multidisciplinarité**, donc en collégialité, et de ne pas cloisonner. C'est un des aspects que les participants reprochaient au modèle des Stades du changement, au niveau des interventions professionnelles. Les participants ont dit souhaiter davantage élargir l'approche à plusieurs disciplines et soutenir tout cela par des campagnes de promotion.



ATELIER 3 : LE *COUNSELLING* INTENSIF

INTERVENTIONS ANALYSÉES

1. *Counselling* individuel intensif
2. *Counselling* de groupe

Les participants à cet atelier ont trouvé aberrant que les données concernant le *counselling* intensif se retrouvent dans le bas du tableau qui présentait les interventions selon leur efficience alors qu'il s'agit d'une **intervention considérée très efficace**. Par contre, en analysant le tableau de plus près, les participants se sont aperçus que la cinquième ligne du haut correspondait au *counselling* intensif de thérapie comportementale avec des timbres de nicotine auquel on attribue un impact beaucoup plus important au niveau du nombre d'ex-fumeurs produits. En regroupant les interventions de *counselling* intensif avec la thérapie comportementale, qui est de façon implicite du *counselling* intensif, les participants en arrivent à une efficacité plus grande que celle obtenue avec toutes les autres interventions. De ce point de vue, les participants ont trouvé le tableau tendancieux.

Pour ce qui est des **priorités**, les opinions des participants étaient partagées. Certains disaient que cela devait être prioritaire parce que c'est une des interventions les plus efficaces, d'autres disaient que cela ne rejoint qu'une faible proportion de fumeurs et que l'on ne devrait pas y accorder une grande priorité. Quant aux coûts reliés à ces services, il a été suggéré qu'on les rende **plus accessibles, voire gratuits**.

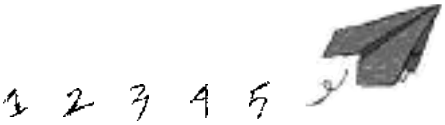
Les participants à l'atelier ont accordé beaucoup d'importance au manque de ressources en cessation, que ce soit pour les travailleurs ou dans les milieux scolaires, pour faire des interventions à des niveaux autres que celui de la thérapie intensive.

Les intervenants auprès des jeunes étaient **en désaccord** avec le message envoyé aux jeunes : « **Paie pour t'intoxiquer et nous allons payer pour te désintoxiquer** ». Par contre, en termes d'accessibilité, selon certains, il faut **que les médicaments soient gratuits** car leur coût est élevé.

Les participants ont aussi souligné l'importance de **sensibiliser les fumeurs** pour qu'ils prennent la décision de cesser de fumer. « C'est bien beau d'avoir un bon programme intensif mais si les gens ne veulent pas arrêter de fumer ou si la sensibilisation n'a pas été faite auprès des gens qui sont en *précontemplation*, ça ne donne rien ».

Les participants à l'atelier ont accordé beaucoup d'importance au **manque de ressources en cessation**, que ce soit pour les travailleurs ou dans les milieux scolaires, pour faire des interventions à des niveaux autres que celui de la thérapie intensive.

De plus, dans le document remis aux participants de l'atelier, il était recommandé d'avoir des **rencontres sur une période de huit semaines** pour le *counselling* intensif. Selon l'expérience des intervenants sur place, **il faudrait que ce soit plus long**, que cela



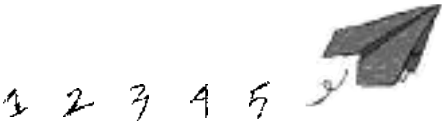
dure même jusqu'à six mois. Par exemple, le *counselling* intensif pourrait se faire en quatre rencontres mais le fumeur pourrait étaler ses rencontres sur une période de six mois et non sur une période de huit semaines, comme dans la proposition.

Finalement, un message très clair (bien que hors d'ordre) est « qu'il faudrait que le gouvernement mette ses culottes ». S'il y a 90 % des gens qui sont d'accord avec la loi et qui disent qu'**on ne veut plus de cigarettes, il faudrait aussi agir pour qu'elles ne soient plus en vente**. « D'un côté, on veut que les produits soient en vente et se retrouvent dans les commerces et de l'autre côté, on paie des sommes faramineuses pour inciter les gens à arrêter de fumer. Il faudrait être conséquent et **retirer tout simplement les cigarettes du marché**. »

Difficultés ou obstacles à la mise en œuvre des interventions

Des obstacles, qui s'appliquent tant au *counselling* intensif individuel qu'à celui de groupe, ont été identifiés par les participants.

- **Manque de soutien financier**, soit pour faire l'intervention ou pour la personne qui désire utiliser ce type d'intervention, **notamment pour le coût des timbres transdermiques**.
- **Manque de support dans les organismes**. Certains organismes vont accepter que leurs intervenants fassent des interventions dans leur milieu, mais en même temps, ils ne supporteront pas ou n'encourageront pas ces personnes, ou auront une politique contradictoire à ce qui est fait au niveau de l'arrêt tabagique (en ayant un endroit ou un salon fumeur dans leur établissement, par exemple).
- **Manque de support au niveau médical** parce que les intervenants qui offrent des services de *counselling* individuel ou de groupe ne sont pas encouragés par certains médecins. Des participants à l'atelier ont souligné que dans certains hôpitaux, des cardiologues ou des pneumologues n'encourageaient pas les gens à cesser de fumer parce qu'ils étaient fumeurs eux-mêmes.
- **Manque de support ou de croyance chez certains intervenants psychosociaux ou professionnels de la santé** qui n'encourageront pas leurs patients à arrêter de fumer ou ne prioriseront pas cette approche.
- **Difficulté de rejoindre le fumeur dans son milieu**, que ce soit en milieu de travail ou ailleurs (problème d'accessibilité à l'intervention).
- **Incohérence entre les discours et la réalité**. « Si cela est si dangereux, pourquoi continue-t-on à vendre des cigarettes? »
- **Incohérence dans les milieux de santé** par rapport au fait de continuer à tolérer le tabac dans les établissements.
- **Manque de synergie entre les intervenants** qui n'arrivent pas à comprendre ou à savoir ce que les autres font dans leur propre milieu. Comment peuvent-ils s'aider les uns les autres? « Chacun fait une intervention tabagique dans son petit coin ou dans son sous-sol sans savoir ce que l'autre fait ».



- **Manque d'information** au niveau local et régional par rapport au *counselling* qui peut être fait.

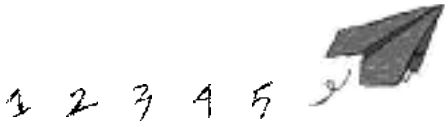
Conditions nécessaires à la mise en œuvre aux niveaux local, régional et provincial

- **Que l'on établisse une base uniforme** sur l'approche en matière d'arrêt tabagique pour que les intervenants utilisent à peu près le même langage sur les principes de base. Par exemple, les Stades du changement sont méconnus de plusieurs qui ont appris aujourd'hui ce que ça pouvait être. Certaines personnes dans le groupe disaient : « Je suis médecin et quand je réfère quelqu'un à un autre, j'aimerais bien qu'il ait au moins une base identique ou commune. »
- **Que l'on sorte de l'argent et qu'on en sorte encore** car les intervenants en ont besoin. Prévoir, par exemple, un budget qui inclurait aussi des sommes pour le suivi de ceux qui cessent de fumer. Pour faire un lien avec cette recommandation, les participants précisent qu'il serait aussi intéressant de savoir ce que sont devenus les ex-fumeurs ou ceux qui ne fument plus à la suite d'une intervention depuis un an, deux ans, trois ans. Ont-ils eu à faire face à un autre problème de santé comme une compulsion au jeu, un problème d'alcool ou de violence envers les enfants?
- **Que l'on envisage d'utiliser le modèle de la médiation familiale** où l'on remet une somme d'argent à toute personne qui se sépare et qui désire, avec son conjoint, faire une séparation à l'amiable. De cette façon, le gouvernement pourrait financer six rencontres. Ce modèle ou un autre du même type pourrait être utilisé.
- **Que les ordres professionnels participent davantage** et insèrent, dans leur plan stratégique auprès de leurs membres, une intervention pour sensibiliser chaque consultant ou professionnel à l'intégration systématique du *counselling* tabagique dans son intervention auprès de ses patients ou clients.
- **Que l'on fasse des recherches cliniques et non seulement théoriques** sur les conséquences que l'arrêt du tabagisme a eues chez les personnes qui ont arrêté de fumer.

Atelier 4 : mesures reliées au produit et à l'environnement, et les approches de masse

Interventions analysées

1. Concours de type « Quit and Win »
2. Application du chapitre 2 de la *Loi sur le tabac*
3. Hausse des taxes sur le tabac



4. Campagnes de sensibilisation
5. Matériel autodidacte

Les participants à cet atelier ont trouvé qu'il était difficile d'arrimer précisément ou concrètement les différentes mesures avec les stades du changement. Certaines interventions semblent s'appliquer à tous les stades dans la mesure où elles créent un climat qui peut aider des fumeurs où qu'ils soient. De même, les participants ne sont pas arrivés à classer par priorité les interventions puisque la meilleure approche serait celle d'une stratégie qui inclurait chacune de ces interventions à divers degrés. Plusieurs idées et suggestions ont tout de même été émises relativement aux interventions proposées.

[...] les participants ne sont pas arrivés à classer par priorité les interventions puisque la meilleure approche serait celle d'une stratégie qui inclurait chacune de ces interventions à divers degrés.

Difficultés ou obstacles à la mise en œuvre des interventions et conditions nécessaires pour une implantation aux niveaux local, régional et provincial

Les concours de type « Quit and Win »

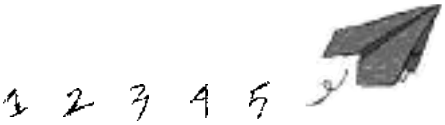
Les concours offrent un soutien au fumeur mais ça ne devrait pas s'arrêter là. Ce type d'intervention peut avoir un **effet bénéfique à court terme** mais c'est, à toutes fins pratiques, **presque inutile s'il n'y a pas de moyens de prolonger cette action**. Par contre, ce pourrait être une approche séduisante, particulièrement auprès des jeunes. Certains participants ont relaté des expériences où l'on a fait intervenir les jeunes dans la conception d'un concours ou d'une campagne. Au **niveau local**, une condition de mise en œuvre serait de **favoriser le soutien des fumeurs** qui participent au concours pour assurer un taux de réussite plus élevé. Au **niveau régional**, le **phénomène d'émulation entre les pairs** devrait être encouragé. Au **niveau provincial**, un type de concours modelé sur les concours de **records Guinness**, où on lance l'idée d'un nombre de fumeurs qui vont cesser en même temps, serait une façon de prolonger la portée d'un tel concours, même au delà de la province.

[...] l'entrée en vigueur de la Loi devrait être un point de départ pour fournir de l'aide et du support aux employés les plus touchés par cette mesure.

Application de la Loi sur le tabac

Ici les obstacles que l'on pouvait anticiper sont plus clairs en ce sens qu'il pourrait y avoir des **effets pervers pour les fumeurs** qui ne sont pas près à recevoir la Loi. Sans être contre la Loi, certains participants ont fait allusion au fait qu'elle pouvait alimenter l'antagonisme entre les fumeurs et les non-fumeurs.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la Loi devrait être un **point de départ pour fournir de l'aide et du support aux employés** les plus touchés par cette mesure. Certains participants ont lancé l'idée d'une mesure qui offrirait un **boni équivalent à une ou deux journées de congé** à la fin de l'année aux employés qui choisiraient de ne plus fumer au travail.



Hausse des taxes sur le tabac

Les participants ont exprimé le point de vue que la hausse des taxes **ne relève pas spécifiquement des intervenants individuels**. Elle représente une situation complexe qui comprend un **seuil critique** qu'il ne faut pas dépasser pour éviter un phénomène de contrebande. Il a été suggéré de transformer cette mesure de manière positive en proposant une façon d'**accroître les avantages fiscaux pour ceux qui ne fument pas,** sous forme de **crédit d'impôt**, par exemple. Les participants ont aussi soulevé les questions suivantes : «Que fait-on de l'argent des taxes sur les cigarettes? **Des pressions auprès des gouvernements** pourraient-elles être envisagées pour qu'une plus grande partie de cet argent serve à réduire le tabagisme? »

[...] l'utilisation des nouvelles technologies comme l'Internet a été identifiée comme un bon moyen de rejoindre les jeunes qui semblent négligés dans la stratégie du MSSS.

De manière générale, l'idée de **valoriser les non-fumeurs** a été jugée très importante. De même, l'idée d'un partage et d'une **mise en commun des ressources** par l'utilisation des nouvelles technologies comme l'**Internet** a été identifiée comme un bon moyen de rejoindre les jeunes qui semblent négligés dans la stratégie du MSSS.

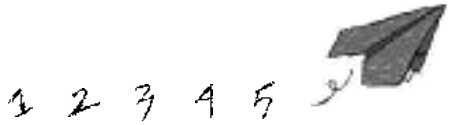
Atelier 5 : aides pharmacologiques

Interventions analysées

1. Gomme à la nicotine (financée)
2. Timbre transdermique à la nicotine (financé)
3. Bupropion (financé)
4. Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) + *counselling* intensif* (1re priorité)
5. Remboursement à 50 % thérapie comportementale + 100 % TRN (standard)
6. Remboursement à 50 % thérapie comportementale + 50 % TRN (réduite) (1re priorité - remboursé à 75 %)
7. Remboursement à 100 % thérapie comportementale + 50 % TRN (inversée)
8. Remboursement à 100 % thérapie comportementale + 100 % TRN (complète) (2e priorité)

* Les participants ont suggéré que les médicaments, remboursés à 75 %, soient ajoutés à cette stratégie. Ce pourcentage de remboursement correspondrait mieux à ce qui existe déjà avec le régime d'assurance-médicaments du gouvernement provincial.

Les participants à cet atelier ont exprimé le fait que leurs besoins se situaient davantage au niveau personnel qu'à celui d'une participation à la stratégie provinciale



de cessation du tabagisme. Les intervenants ont exprimé qu'ils ont besoin de **formation sur ce qu'est la dépendance à la nicotine**.

L'animateur de l'atelier a souligné qu'il existe plusieurs fausses croyances au sujet de la dépendance, autant chez les fumeurs, les non-fumeurs que le personnel médical et qu'il est important de comprendre comment les outils pharmacologiques peuvent être utiles aux fumeurs. Cesser de fumer n'est pas seulement une question de volonté. Il y a des gens qui ont la meilleure volonté du monde mais qui ont des symptômes de sevrage tellement importants que la meilleure motivation n'arrive pas à les surmonter. C'est ce qu'on doit bien comprendre pour être capable d'identifier la priorité des interventions et c'est à cela que la première partie de l'atelier a fait référence.

Les participants ont convenu que les interventions pharmacologiques pouvaient agir à tous les stades du changement.

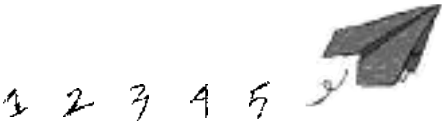
Les participants ont convenu que les interventions pharmacologiques pouvaient agir à tous les stades du changement.

Pour que quelqu'un se prépare, **il doit être bien informé** et certains mythes et croyances doivent être défaits. Des participants ont cité certains exemples comme les antidépresseurs : beaucoup de gens ont peur des antidépresseurs et beaucoup pensent que la meilleure méthode pour arrêter de fumer est le sevrage brutal. D'autres fumeurs croient que s'ils ne peuvent pas dire « moi j'arrête de fumer aujourd'hui, je suis fort et je suis capable », cela signifie que l'individu est vulnérable et que s'il utilise un outil pharmacologique, il est faible. Ce sont des valeurs qui sont excessivement importantes à vérifier avec les gens.

Les interventions devraient donc commencer dès le stade de la *préréflexion*, pour expliquer à ceux qui fument que **cesser de fumer ne doit pas nécessairement être souffrant** et que l'on doit au moins **avoir la connaissance des outils pharmacologiques et non pharmacologiques** qui existent pour être capable de traverser le processus de changement au complet. Les participants ont également souligné l'importance d'un incitatif financier pour amener les gens à s'engager.

Pour agir au stade de la *préréflexion*, des **campagnes de sensibilisation**, des **stands**, des **conférences** et le **contact personnel** ont été jugés très importants pour faire connaître les outils pharmacologiques. Au stade de la *réflexion*, les participants ont retenu aussi les **campagnes de sensibilisation par le médecin**, le **pharmacien** ou les **autres intervenants de la santé**.

Du point de vue de l'accessibilité, les participants se sont demandé si ces thérapies étaient disponibles dans toutes les régions. De même, ils ont fait la **suggestion** que les **frais pour les médicaments ou les thérapies comportementales** puissent être déduits sur la **déclaration de revenus**.



Conclusion

Le colloque *Fumeur : mode d'emploi* a permis de présenter un éventail de ce qui se fait de plus récent au Québec dans le domaine de la cessation du tabagisme. Il a aidé aussi à mieux comprendre le modèle transthéorique des Stades du changement qui, s'il n'est pas parfait, propose tout de même un certain « mode d'emploi » pour accroître l'impact des messages destinés à chaque type de fumeur et, forcément, l'efficacité des interventions.

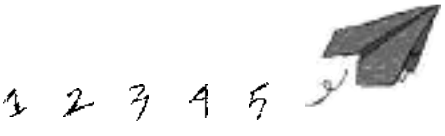
De même, l'événement a permis aux participants d'exprimer leurs préoccupations et de se prononcer sur les orientations qui devraient guider le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la mise en place d'une stratégie visant à accroître l'accessibilité des services d'abandon du tabagisme au Québec.

On retiendra du colloque la variété et la nouveauté des approches et des contenus présentés, la représentation régionale, de même que l'originalité de la formule. La journée s'est déroulée sous le signe de la bonne humeur grâce à une animatrice hôtesse de l'air… pur. Notre « avion » était chargé à pleine capacité (nous attendions 150 participants, nous en avons accueilli 220!); un signe que ce type d'événement répond à un besoin important. Qui plus est, les médias ont souligné le colloque dans sept journaux et revues médicales, de même que dans huit émissions de radio et de télévision; une bonne couverture médiatique puisque l'événement s'adressait à un public d'experts.

Des propos tenus au colloque et de la réflexion des participants en atelier, nous avons identifié cinq besoins qu'il faudra s'efforcer de combler pour offrir aux fumeurs et aux intervenants un meilleur soutien en matière de cessation du tabagisme :

- **plus de ressources d'aide aux fumeurs facilement accessibles, selon chacun des Stades du changement;**
- **plus de formation et d'information destinées aux intervenants;**
- **plus de concertation et de multidisciplinarité entre les différents intervenants aux niveaux provincial, régional et local;**
- **plus d'implication de la part des ordres professionnels et des organismes de santé afin d'accorder une plus grande priorité à la cessation;**
- **plus de promotion des services disponibles aux fumeurs (ligne téléphonique, site Internet, campagne publicitaire, etc.).**

À ces éléments s'ajoute aussi le travail qu'il reste à faire pour modifier la perception qu'ont les fumeurs du sevrage brutal comme le meilleur moyen pour cesser de fumer. De même, il nous faudra travailler à mieux faire comprendre aux fumeurs leur dépen-



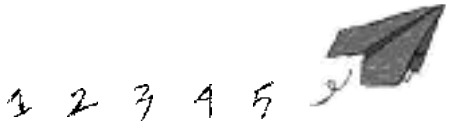
dance à la nicotine, ainsi que les ressources pharmacologiques et autres qui sont disponibles pour leur faciliter la tâche de cesser de fumer.

Le travail est loin d'être terminé, comme nous sommes à même de le constater. Et bien qu'elle mette fin au colloque *Fumeur : mode d'emploi*, la publication des actes de cet événement est davantage un début qu'une fin. Depuis décembre 1999, la *Loi sur le tabac* est en vigueur, une autre *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* a eu lieu, suivie du *Défi « J'arrête, j'y gagne!* », un concours national de cessation du tabagisme qui a connu un succès retentissant. Récemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux amorçait une importante campagne publicitaire de prévention du tabagisme destinée aux jeunes. Pour couronner le tout, le pourcentage de fumeurs est passé de 34% à 27,4% au Québec au cours des dernières années, signe que nos interventions commencent à porter fruit.

De quoi alimenter encore plusieurs colloques!

En terminant, nous désirons remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué au succès du colloque *Fumeur : mode d'emploi*. Nous vous invitons à poursuivre votre réflexion et espérons avoir l'occasion d'échanger de nouveau avec vous dans un avenir rapproché.

Le comité organisateur



La publication et la diffusion des actes du colloque *Fumeur : mode d'emploi* ont été rendues possibles grâce à une commandite de Novartis Santé Familiale Canada Inc.